



HAL
open science

État des lieux de l'offre de soins de premier recours en gynécologie à Paris et projections à deux et cinq ans, dans le cadre de l'enquête DEMOMED 75

Chantal Nadane-Joseph

► To cite this version:

Chantal Nadane-Joseph. État des lieux de l'offre de soins de premier recours en gynécologie à Paris et projections à deux et cinq ans, dans le cadre de l'enquête DEMOMED 75. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01322668

HAL Id: dumas-01322668

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01322668>

Submitted on 27 May 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N° 12

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Etat des lieux de l'offre de soins de premier recours en gynécologie
à Paris et projections à deux et cinq ans, dans le cadre
de l'enquête DEMOMED 75

Présentée et soutenue publiquement
le 11 février 2016

Par

Chantal NADANE-JOSEPH

Née le 14 juillet 1985 à Saint-Pierre (974)

Dirigée par M. Le Professeur Serge Gilberg, PU

Jury :

Mme Le Professeur Anne Gompel, PU-PH Président

M. Le Professeur Hector Falcoff, PU

Mme Le Docteur Irène Kahn-Bensaude, Vice-Présidente du Conseil National de l'Ordre des Médecins



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Anne Gompel,
Qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse, je lui en suis sincèrement reconnaissante.

A Monsieur le Professeur Serge Gilberg, mon directeur de thèse,
Pour ses conseils avisés tout au long de ce travail.

A Monsieur le Professeur Hector Falcoff, et à Madame le Docteur Irène Kahn-Bensaude,
Pour m'avoir fait l'honneur de faire partie de mon jury de thèse.

A Anne Simondon, et tous les internes participants à l'étude DEMOMED 75,
Pour le travail accompli.

A mes parents, à ma famille,
Pour votre soutien quotidien et vos encouragements tout au long de mes études.
Sans vous je n'aurais pas pu devenir le médecin que je suis.

A Emilie, voisine, maintenant collègue de travail et surtout grande amie,
Pour ton soutien à toute épreuve au cours de ces dernières années.

A Justine, l'amie fidèle qui m'a précédé de peu pour la thèse,
Pour tes encouragements et tes conseils pour la finalisation de la mienne.

A Jonathan, jeune médecin généraliste enseignant et ami, et à Lucile, ma belle soeur,
Pour la relecture et les précieux conseils lors de la finalisation ce travail.

A Sandrine M, Sandrine B, Charlotte, Meriem, Van, Lydie, Abirami, Florence, Aude, Coline,
Marie et bien d'autres,
Pour leur amitié et tous les bons moments partagés pendant l'externat et l'internat.

A Ferdinand, mon mari,
Pour tes encouragements de chaque jour, pour avoir su me remotiver dans les moments
difficiles,

A Faustine, ma fille,
Pour le bonheur que tu m'apportes chaque jour depuis maintenant un an.

A mon beau-père,
Parti trop tôt et qui aurait été fier de moi.

A mes grands-parents,
Sans qui tout cela n'aurait pas été possible.

LISTE DES ABREVIATIONS

AME : Aide Médicale d'Etat

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

BVA : société française de sondage

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRISAP : Centres de Regroupement Informatique et Statistique de données

Anatomo-cytopathologiques

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DIU : Dispositif intra-utérin

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

FCU : Frottis cervico-utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

INCa : Institut national du cancer

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISS : Inégalités Sociales de Santé

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MEP : Mode d'Exercice Particulier

MG : Médecin généraliste

PMI : Protection Maternelle Infantile

THS : Traitement hormonal substitutif

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION	8
CONTEXTE	9
A) LA DEMANDE DE SOINS EN GYNECOLOGIE	9
1) <u>Les problématiques gynécologiques courantes</u>	9
a) La contraception.....	9
b) L'interruption volontaire de grossesse.....	11
c) Le suivi de grossesse.....	12
d) Le dépistage du cancer du col de l'utérus.....	13
e) Le dépistage du cancer du sein.....	14
f) La ménopause.....	16
g) Les autres motifs de consultation.....	16
2) <u>Opinion des femmes sur la prise en charge gynécologique</u>	18
3) <u>Santé des femmes en situation précaire et inégalités sociales de santé</u>	18
B) L'OFFRE DE SOINS EN GYNECOLOGIE	20
1) <u>Les acteurs en santé de la femme</u>	20
a) Les sages-femmes.....	20
b) Les médecins généralistes.....	21
c) Les gynécologues.....	22
2) <u>Les acteurs de premiers recours : médecins généralistes et sages femmes</u>	22
C) LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ACTUELLE	23
1) <u>En France</u>	23
a) La médecine générale.....	24
b) La gynécologie.....	25
2) <u>En Ile de France</u>	26
a) Les médecins généralistes.....	26
b) Les gynécologues.....	27
3) <u>A Paris</u>	28
a) Les médecins généralistes.....	28
b) Les gynécologues.....	29
4) <u>L'offre de soins gynécologique non libérale des structures de soins</u>	31
a) Les centres de planification et la protection maternelle et infantile.....	31
b) Les centres de santé.....	33
c) Les hôpitaux publics et privés.....	34
METHODOLOGIE	35
A) OBJECTIFS DE L'ETUDE :.....	35
B) MATERIEL ET METHODES DE L'ENQUETE DEMOMED 75	35
1) <u>Objectifs de l'enquête DEMOMED 75</u>	35
2) <u>Population étudiée</u>	35
3) <u>Type d'enquête</u>	36
4) <u>Déroulement de l'enquête</u>	36
5) <u>Partenariat et aspects légaux</u>	38
C) ANALYSE STATISTIQUE	38

RESULTATS	40
A) ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES.....	41
1) <u>Taux de réponses</u>	41
2) <u>Part des médecins généralistes ayant une activité de gynécologie et répartition par arrondissement</u>	42
3) <u>Caractéristiques des médecins généralistes ayant une activité de gynécologie</u> :.....	43
a) <u>Caractéristiques sociodémographiques</u>	43
b) <u>Mode d'exercice</u>	46
c) <u>Accessibilité financière aux soins</u>	49
d) <u>Caractéristiques de la pratique</u>	50
e) <u>Pratique de gynécologie</u>	54
4) <u>Prévision d'activité future des médecins généralistes ayant une activité de gynécologie</u>	55
B) ENQUETE AUPRES DES GYNECOLOGUES LIBERAUX.....	57
1) <u>Taux de réponse</u>	57
2) <u>Caractéristiques des gynécologues libéraux</u>	58
a) <u>Caractéristiques sociodémographiques</u>	58
b) <u>Secteur d'activité et accessibilité financière aux soins</u>	59
3) <u>Prévision d'activité dans 2 ans et 5 ans</u>	60
DISCUSSION	61
A) SYNTHESE DES RESULTATS.....	61
1) <u>Caractéristiques des médecins généralistes pratiquant de la gynécologie</u>	61
2) <u>Caractéristiques et évolution de l'activité des gynécologues dans 2 et 5 ans</u>	62
B) LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ETUDE.....	62
1) <u>Participation</u>	62
2) <u>Représentativité de l'échantillon</u>	63
3) <u>Autres biais</u>	64
4) <u>Activités de gynécologie non étudiées</u>	65
C) COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE.....	66
D) FACTEURS INFLUENCANT LA PRATIQUE DE GYNECOLOGIE.....	68
1) <u>La formation</u>	69
a) <u>La formation universitaire</u>	69
b) <u>Après le troisième cycle de médecine générale</u>	70
c) <u>La formation aux gestes techniques de gynécologie en médecine générale</u>	70
d) <u>La qualité de la pratique gynécologique des médecins généralistes</u>	72
2) <u>Le temps dédié en consultation</u>	74
3) <u>La demande</u>	75
4) <u>La rentabilité</u>	77
5) <u>L'intérêt pour les actes de gynécologie</u>	78
E) LE SUIVI DE GROSSESSE PAR LE MEDECIN GENERALISTE : LES RESEAUX DE PERINATALITE.....	79
F) LA FEMINISATION DE LA PROFESSION MEDICALE.....	80
G) L'OFFRE DE SOINS GYNECOLOGIQUES HORS MEDECINE GENERALE.....	81

1) <u>Le DES de gynécologie médicale : évolution des effectifs à l'internat</u>	81
2) <u>Rôle des sages-femmes</u>	82
3) <u>Rôles des centres de santé et plannings familiaux</u>	83
CONCLUSION	84
BIBLIOGRAPHIE	86
ANNEXES	90
A) QUESTIONNAIRE DES MEDECINS GENERALISTES.....	90
B) QUESTIONNAIRE DES GYNECOLOGUES.....	100
C) COURRIER A L'ATTENTION DES MEDECINS ACCOMPAGNANT LE QUESTIONNAIRE.....	110

INTRODUCTION

Le médecin généraliste tient un rôle particulier en tant que pivot de l'offre de soins de premier recours. Quel que soit leur âge, leur sexe et leur pathologie, les patients consultent le médecin généraliste en première intention. Le médecin généraliste prend en charge le patient dans sa globalité, que ce soit pour la prise en charge de pathologies chroniques ou aiguës, mais également dans le cadre de la prévention et du dépistage de ces pathologies.

Ainsi le médecin généraliste est amené à prendre en charge des femmes, y compris pour leurs problématiques gynécologiques.

D'après l'observatoire THALES en 1999, une femme consultait son médecin généraliste pour des problématiques gynécologiques 3,6 fois par an (1).

Du fait de la diminution attendue des effectifs de gynécologues médicaux qui suivent habituellement les femmes, cette activité de gynécologie des médecins généralistes pourrait augmenter dans les années à venir.

Dans notre travail, nous nous sommes intéressés à l'offre de soins libérale parisienne de premier recours en gynécologie.

Les objectifs de notre étude sont :

- l'évaluation de l'offre de soins libérale de premier recours actuelle en gynécologie à Paris
- la description des caractéristiques sociodémographiques et l'activité des gynécologues et des médecins généralistes parisiens ayant une activité de gynécologie
- l'évaluation de l'offre de soins libérale de premier recours future en gynécologie, à Paris, en 2015 et 2018.

CONTEXTE

A) LA DEMANDE DE SOINS EN GYNECOLOGIE

1) Les problématiques gynécologiques courantes

Les motifs de consultations gynécologiques des patientes sont très variés. Dans cette partie nous essaierons de décrire les problématiques gynécologiques courantes rencontrées en soins de premier recours.

a) La contraception

Chez les femmes françaises, la pratique contraceptive est très largement répandue. En 2010, seules 7,7% des femmes de 15 à 49 ans à risque de grossesse non prévue déclarent ne pas utiliser de moyen de contraception (2).

La pilule contraceptive reste de très loin le moyen de contraception le plus utilisé, avec une femme de 15 à 49 ans sur deux l'utilisant en 2010 (3). Malgré tout, d'après les données Baromètre Santé 2010, on observe entre 2005 et 2010, un début de diversification des méthodes contraceptives notamment chez les 20-24 ans. Dans cette tranche d'âge, le taux d'utilisation des moyens contraceptifs autres que la pilule et le préservatif (implant, patch, anneau et stérilet) est passé de 2 à 9% (2).

L'enquête FECOND¹ parue en septembre 2012 confirme cette diminution de l'utilisation de la pilule, compensée par les nouvelles méthodes hormonales (2).

¹ : L'enquête FECOND (Fécondité-Contraception-Dysfonctions sexuelles) a été conduite par INED (Institut National d'Etudes Démographiques), auprès d'un échantillon aléatoire de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans vivant en France métropolitaine et auprès des médecins généralistes et gynécologues.

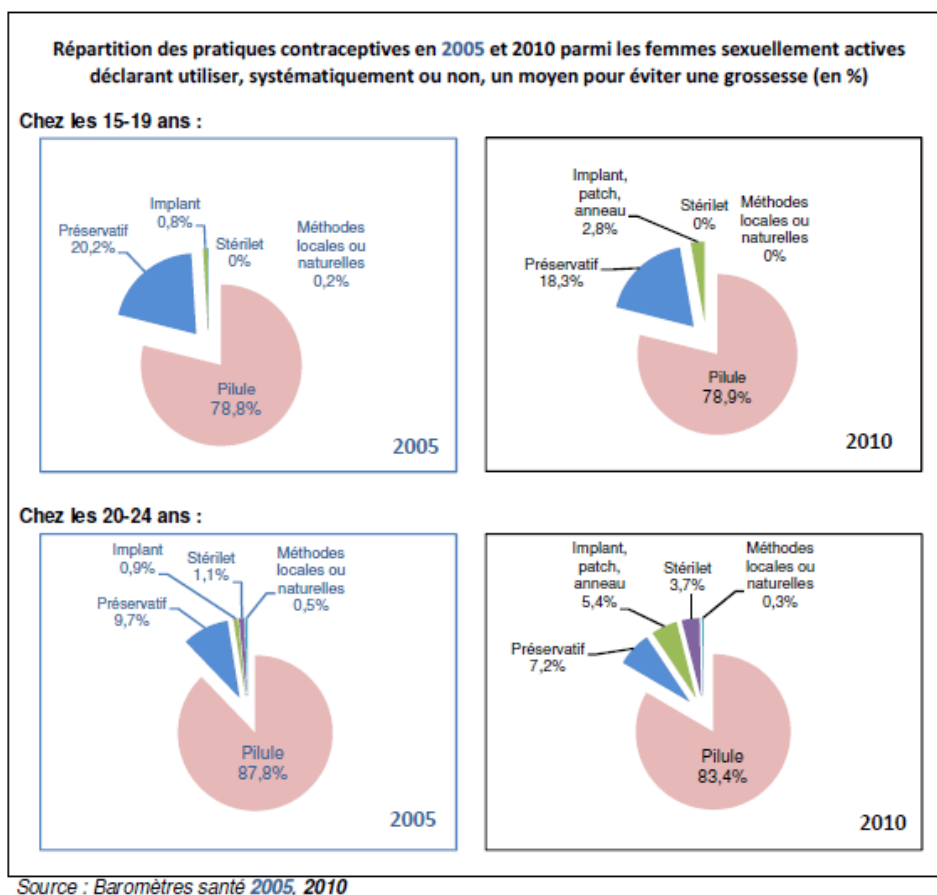


Figure 1 : Répartition des pratiques contraceptives en 2005 et 2010 (2)

L'utilisation des méthodes hormonales autres que la pilule est en augmentation, 4% des femmes en utilisant une en 2010 (3). La méthode la plus utilisée est l'implant avec 2,6% des femmes de 15-49 ans, devant l'anneau vaginal (1%) et le patch contraceptif (0,4%) (3).

Il faut noter que suite à la polémique² autour des pilules contraceptives de 3^{ème} génération, les femmes ont pris conscience que la pilule oestroprogestative est un médicament comportant des risques.

De fait, il a été constaté une diminution de 37% des ventes de pilules oestroprogestatives de 3^{ème} et 4^{ème} génération, contre une augmentation de 22% de celles de pilules oestroprogestatives de 1^{ère} et 2^{ème} générations, en mars 2013 par rapport à mars 2012.

² : En décembre 2012, suite au dépôt de plainte d'une patiente ayant été victime d'un accident vasculaire cérébral qu'elle imputait à la prise d'une pilule de 3^{ème} génération, les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération ont été largement décriées. La médiatisation des risques cardiovasculaires et thromboemboliques liés à ces pilules a conduit à une diminution de leur prescription et de leur vente.

De plus, sur la même période, les ventes d'oestrogestatifs non oraux (dispositifs transdermiques et anneaux vaginaux) ont diminué de 11% et celles d'autres dispositifs contraceptifs (implants, dispositifs intra-utérins) ont augmenté de 28%. Les dispositifs non imprégnés de progestatifs, c'est-à-dire les DIU au cuivre, connaissent la plus forte augmentation, de 42%(4).

La contraception orale est la principale méthode prescrite par les médecins généralistes. La fiabilité d'autres méthodes de contraception a pourtant largement été évaluée et confirmée.

Par exemple, le DIU qui est utilisé en moyenne par 21% des femmes (3). Sans changement des pratiques depuis les années 1970, son recours reste réservé aux plus âgées ou à celles qui ont déjà eu des enfants, malgré les recommandations de l'HAS en 2004 à l'ensemble des professionnels de santé précisant que le stérilet pouvait être utilisé à tous les âges, que la femme ait eu ou non un enfant. Seulement 1,3% des femmes de 15-49 ans sans enfant utilisent le stérilet en 2010, la proportion s'élevant à 20 % parmi celles qui ont un enfant et 40% pour celles qui en ont deux ou plus. Les raisons de ce faible recours au stérilet chez les femmes sans enfant sont complexes et renvoient notamment aux représentations qu'ont les femmes et les professionnels de santé de cette méthode : 54% des femmes interrogées en 2010 considèrent qu'elle n'est pas indiquée pour une femme n'ayant pas eu d'enfant. Ce pourcentage s'élève à 69% chez les gynécologues et 84% chez les généralistes (3).

b) L'interruption volontaire de grossesse

En France, les données de la DREES montrent que le taux d'IVG s'est stabilisé depuis 2006 mais que son recours reste important avec 225 127 IVG réalisées en 2010. Cela représente un taux de 15,1 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2010 contre 12,3 en 1995 (2).

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception autorise les praticiens à réaliser des IVG en cabinet de ville dans le cadre d'une convention conclue avec un établissement de santé jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée, en dehors des établissements de santé. Il peut s'agir d'un praticien installé dans un cabinet de ville, un centre de planification ou d'éducation familiale ou un centre de santé et un

établissement de santé public ou privé (5). De fait, 13% de ces IVG sont faites en cabinet. Les deux tiers des médecins sont des gynécologues et un tiers sont des généralistes (6).

Des réseaux tels que REVHO (Réseau entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie) permettent aux médecins généralistes d'être formés et aidés dans la prise en charge en ambulatoire des IVG médicamenteuses.

Il faut noter que la moitié des médecins généralistes pratiquant des IVG en cabinet de ville en réalisent parallèlement en établissement de santé (7).

c) Le suivi de grossesse

En 2012, selon l'INSEE, 819 191 naissances ont eu lieu en France, dont 181 229 en Ile de France (8).

Les médecins généralistes effectuent une ou plusieurs visites prénatales pour seulement 15% des femmes enceintes (9). En 2010, le médecin généraliste assurait 5% de l'ensemble de la surveillance d'une grossesse (10).

Les médecins généralistes assurent un quart des déclarations de grossesse, mais ils interviennent moins dans le suivi de son déroulement (11).

Malgré tout, le médecin de famille reste le premier recours en urgence et pour les pathologies intercurrentes. C'est dans ce contexte qu'il est le plus souvent en contact avec les femmes enceintes : 44,5% des motifs de consultation contre 25% de consultation du premier trimestre et 12% de suivi (11). Cela peut s'avérer difficile pour le médecin généraliste qui suit peu de femmes enceintes mais qui doit les traiter pour différentes pathologies, du simple rhume ou de la crise hémorroïdaire à la céphalée qui peut signer une éclampsie ou à l'hyperthermie qui inquiète.

Pourtant, selon les recommandations de l'HAS (12), lorsqu'une grossesse se déroule sans situations à risque ou lorsque ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.

Le suivi d'une grossesse est bien codifié et peut donc parfaitement être réalisé par le médecin généraliste lorsque celle-ci se déroule sans complications.

Par ailleurs, lorsque c'est le cas, les femmes sont satisfaites du suivi par leur médecin généraliste. Cette satisfaction est corrélée à la disponibilité du médecin généraliste, à la

relation de confiance et au dialogue privilégié qu'elles peuvent entretenir avec leur médecin traitant (13).

d) Le dépistage du cancer du col de l'utérus

Les recommandations actuelles, basées sur la conférence de consensus de Lille de 1990, conseillent aux femmes de 25 à 65 ans d'effectuer un frottis cervico-utérin (FCU) tous les 3 ans après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle. L'âge peut être avancé à 20 ans en cas d'activité sexuelle précoce à risque d'infections à Papillomas virus humains (HPV).

Le principal facteur de risque du cancer du col de l'utérus est l'absence de dépistage. En effet, parmi les 524 cas de cancers invasifs diagnostiqués en France en 2006, 23,7% n'avaient jamais eu de FCU ou celui-ci remontait à plus de 3 ans dans 43,1% des cas (14).

Le médecin généraliste est le premier maillon de la chaîne de dépistage, organisé ou non, du cancer du col de l'utérus, car il est amené à toucher une population qui ne consulte jamais de gynécologue.

Quatre-vingt quinze pour cent des FCU pratiqués sont normaux, mais ils correspondent le plus souvent aux femmes régulièrement suivies gynécologiquement soit par un généraliste soit par un gynécologue. L'efficacité du dépistage de masse repose donc sur les 5% restants qui correspondent majoritairement aux femmes qui ne consultent jamais de médecins, mais qui auront plus de chance de voir un généraliste pour une autre pathologie et peuvent, de ce fait, devenir accessibles au dépistage (15).

D'après la synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA de septembre 2010 réalisée auprès de 600 médecins généralistes sur toute la France concernant le dépistage des cancers, 45% des médecins généralistes déclarent vérifier systématiquement, en consultation, auprès de leurs patientes concernées, la réalisation d'un dépistage du cancer du col de l'utérus (16). Le réflexe est plus présent chez les femmes (55%), les médecins de moins de 45 ans (54%) et les médecins réalisant eux-mêmes des frottis (52%) (16).

Enfin, dans un cadre préventif systématique et selon les recommandations du calendrier vaccinal, la vaccination contre les papillomas virus humains peut être proposée et réalisée par tout médecin généraliste sans nécessité de compétence particulière supplémentaire.

e) Le dépistage du cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme et la principale cause de mortalité par cancer (17).

Le dépistage du cancer du sein permet le repérage des cancers à un stade moins avancé de la maladie et un meilleur pronostic lorsque la tumeur est évolutive.

En France, le dépistage organisé du cancer du sein a démarré au début des années 80, pour être généralisé à l'ensemble de la population des femmes de 50 à 74 ans en 2004. Il consiste en un examen clinique des seins avec une mammographie de dépistage tous les 2 ans.

Le programme de dépistage organisé est soumis à des règles strictes d'application, à un système d'assurance qualité et un recueil systématique et centralisé des données. Son organisation est décentralisée au niveau départemental et fondée sur la collaboration avec les radiologues libéraux. Le programme est soumis à un cahier des charges dont une des caractéristiques essentielles est l'existence d'une deuxième lecture systématique des mammographies considérées comme négatives (17).

En France, il existe parallèlement à ce dépistage organisé, un dépistage individuel, qui se pratique sur prescription du médecin traitant (le plus souvent généraliste) ou du gynécologue, et parfois à l'initiative de la femme. Il se déroule en dehors de tout cadre contractuel et n'est donc pas soumis à un cahier des charges concernant la procédure à suivre et les examens complémentaires à pratiquer. Il ne bénéficie pas d'un suivi centralisé concernant ses résultats (nombre de cancers dépistés) (17).

D'après l'Institut de veille sanitaire, la participation au dépistage organisé est passée de 33% en 2003 à 53% en 2011. Ces dernières années, selon les départements, on estime que 55 à 80% des femmes de 50 à 74 ans participent au dépistage organisé ou au dépistage individuel (18).

Le dépistage du cancer du sein est aujourd'hui le dépistage des cancers le plus inscrit dans la pratique des médecins généralistes, même s'il existe une hétérogénéité des pratiques (16).

Selon l'enquête barométrique INCa/BVA de septembre 2010, 56% des médecins généralistes interrogés déclarent une vérification systématique du dépistage du cancer du sein.

Si 52% des médecins disent préconiser un dépistage organisé pour les femmes concernées, ils sont, pour les patientes de la même tranche d'âge et du même niveau de risque, 5% à prescrire plutôt le dépistage individuel et 42% à ne privilégier ni le dépistage organisé ni le dépistage individuel. D'après cette enquête, le profil type du médecin préconisant plutôt le dépistage organisé est une femme (62%), de moins de 45 ans (61%) et exerçant en milieu rural (65%). Les arguments avancés par les médecins pour justifier une prescription préférentiellement dans le dépistage organisé sont la seconde lecture (49%), la relance par courrier (28%) et le fait que ce dépistage est bien organisé (19%) (16).

L'ensemble des études internationales montre que, au bout de 10 à 15 années, le gain en mortalité par cancer du sein se situe entre 20 et 29% chez les femmes bénéficiant du dépistage organisé entre 50 et 70 ans (19).

L'examen clinique au cours de la réalisation de la mammographie, lors de la consultation du médecin traitant ou lors d'un auto-examen, peut détecter des cancers à un stade précoce devant un symptôme, en particulier dans l'intervalle entre deux mammographies ou en l'absence de signe radiologique pour moins de 10% des cancers. Ce taux est en diminution grâce à l'augmentation des performances du dépistage organisé (19).

Chez les femmes âgées de moins de 50 ans et de plus de 74 ans, en l'absence de facteurs de risque justifiant un dépistage spécifique, seul un examen clinique mammaire annuel à partir de 25 ans est recommandé. Le dépistage mammographique n'est pas à proposer (20).

En revanche chez les femmes âgées de plus de 20 ans présentant un facteur de risque (antécédent personnel de cancer du sein ou de carcinome canalaire in situ, d'hyperplasie canalaire ou lobulaire atypique ou de carcinome lobulaire in situ, d'irradiation thoracique médicale à haute dose (maladie de Hodgkin), antécédent familial de cancer du sein justifiant une consultation d'oncogénétique et recherche initiale de mutation des gènes BRCA1 et 2 dans la famille non informative, mutation des gènes BRCA1 et 2 identifiée), les modalités de dépistage sont spécifiques en fonction du facteur de risque et du niveau de risque (élevé ou très élevé) (20).

f) La ménopause

La ménopause est l'arrêt définitif de la fonction ovarienne chez la femme, elle survient le plus souvent aux alentours de 50 ans.

Elle s'accompagne de troubles du climatère parmi lesquelles les bouffées de chaleur sont souvent décrites comme les plus contraignantes par les femmes. Les patientes se plaignent également pendant cette période de troubles moins spécifiques comme les troubles de l'humeur et des fonctions cognitives.

La ménopause s'associe à des risques à long terme, accrus en raison de la carence oestrogénique. L'ostéoporose et les maladies cardiovasculaires sont les deux conséquences délétères majeures de la post ménopause.

Le traitement hormonal substitutif (THS) de la ménopause vise à compenser la carence en oestrogènes. Il ne peut être prescrit à titre systématique, en raison notamment de la légère augmentation du risque de cancer du sein (21). L'analyse des antécédents, en particulier mammaires et cardiovasculaires, et l'évaluation du bénéfice potentiel pour la patiente du traitement en terme de syndrome climatérique permettent au médecin de poser l'indication ou non au THS, et ce pour une durée limitée.

Les données de l'étude Panel EPPM (Etude Permanente de la Prescription Médicale) montrent que la place du médecin généraliste est majeure lors de la ménopause. En effet, en 1999, 52% des patientes avaient consulté un médecin généraliste avec pour motif la ménopause et ses conséquences (1).

Beaucoup de femmes délaissent leur suivi gynécologique après leurs grossesses, mais elles restent suivies par leur médecin généraliste. Celui-ci représente alors l'un des interlocuteurs de proximité pour informer les femmes des symptômes et traitements de la ménopause, mais aussi pour la prévenir et dépister les pathologies liées à celle-ci.

g) Les autres motifs de consultation :

Ce sont des motifs de consultation de gynécologie courants en premier recours. Leur prise en charge fait partie du champ de compétences du médecin généraliste, en tant qu'acteur de santé de premier recours. Si nécessaire, le médecin traitant adressera la patiente au spécialiste concerné ou aux urgences, après réalisation d'un premier bilan.

Les deux symptômes gynécologiques les plus courants chez la femme sont la douleur et les saignements menstruels excessifs ou irréguliers.

Les **douleurs** peuvent être :

- **pelviennes ou abdominales** : elles peuvent être décrites comme une dysménorrhée, une dyspareunie, une dysurie et peuvent faire évoquer des tumeurs ovariennes ou utérines, malignes (cancer de l'ovaire ou de l'endomètre) ou bénignes (kystes ovariens, fibromes utérins), une endométriose, une grossesse intra ou extra utérine, une cystite.
- **mammaires** : elles peuvent être liées à une complication de l'allaitement (abcès, lymphangite, mastite) ou à une tumeur maligne ou bénigne.

Les **saignements génitaux**, selon l'âge de survenue, leur présence ou absence (aménorrhée), leur abondance et leur régularité ou irrégularité, peuvent évoquer :

- une tumeur utérine : fibrome, cancer de l'endomètre,...
- une grossesse : évolutive ou non (fausse couche),
- une infertilité : primaire ou secondaire,
- un trouble hormonal : syndrome des ovaires poly kystiques, adénome à prolactine, dysthyroïdie, anorexie mentale,...
- une malformation : imperforation hyménale, cloison vaginale,
- une ménopause.

D'**autres plaintes gynécologiques**, plus ou moins fréquentes, peuvent également amener une femme à consulter un médecin :

- les pertes vaginales : fébriles (endométrite, salpingite) ou non (mycose, vaginose),
- les éruptions, irritations vulvaires : herpès, vulvite,
- les tuméfactions et masses vulvaires : condylomes, tumeurs vulvaires,
- les prolapsus,
- les pertes mammaires : galactorrhée, d'origine bénigne ou maligne.

2) Opinion des femmes sur la prise en charge gynécologique

Aujourd'hui, le suivi gynécologique par un médecin généraliste est de plus en plus fréquent.

Pourtant, dans une étude réalisée en 2006 auprès de 177 femmes résidant dans le Val de Marne, par Mélanie ORA dans le cadre de sa thèse, on constate que le gynécologue reste l'interlocuteur privilégié des femmes dans tous les domaines de leur vie gynécologique (22). Ceci a été confirmé par Rémi CHAMPEAUX dans son étude réalisée en 2013 auprès de 70 patientes dans les Deux-Sèvres. Si dans cette enquête, dans 2/3 des cas, le gynécologue apparaissait comme le mieux perçu pour le suivi gynécologique (23), CHAMPEAUX souligne que chez 1 patiente sur 5, ce suivi pouvait être réalisé par le médecin généraliste ou par le gynécologue. Les raisons principales évoquées dans ce contexte étaient une compétence médicale identique et le fait qu'il s'agissait dans les deux cas de médecins (bonne compétence et savoir dans le domaine, capacité du médecin à rediriger une patiente vers le spécialiste si nécessaire). Par ailleurs, 15,8% des femmes choisissaient leur médecin traitant pour leur suivi car il s'agissait d'une personne qu'elles connaissent bien et en qui elles avaient confiance. Cet élément était cité dans 90% des cas (23).

En revanche, pour ORA, pour 59% des patientes ayant répondu à la question concernant les compétences de leur médecin généraliste en gynécologie, le médecin généraliste n'était pas considéré comme compétent en ce domaine. En outre, 84% des femmes jugeaient que le médecin généraliste n'était pas équipé pour faire de la gynécologie. Cependant, dans cette enquête, parmi les femmes répondantes à cette question, 69% déclaraient ne pas être gênées de parler de gynécologie avec leur médecin généraliste. Concernant la question de l'examen gynécologique, 55% des réponses montraient que les femmes ne voient pas d'obstacle à ce que le médecin généraliste les examine (22).

3) Santé des femmes en situation précaire et inégalités sociales de santé

Les patientes bénéficiant de la Couverture Médicale Universelle (CMU) ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME), ou celles qui se trouvent sans couverture sociale, en situation précaire sont nombreuses à ne pas être suffisamment suivies sur le plan gynécologique.

Julien MASSET l'a confirmé par les résultats de son enquête réalisée dans le cadre de sa thèse en 2012, auprès de 201 femmes consultant dans un service d'urgences gynécologiques, en comparant un groupe de femmes précaire à un groupe non précaire. Les résultats montraient que les patientes précaires étaient significativement plus nombreuses en situation de sous-dépistage par le frottis cervico-utérin et recouraient significativement moins à la contraception. La majorité des patientes en défaut de contraception ou de dépistage étaient pourtant suivies en ville.

Il en concluait que, pour appréhender la précarité, le médecin généraliste devait s'appuyer sur une consultation interactive, un travail en réseau et des protocoles facilitant dépistage et suivi. Pour lui, la diminution annoncée du nombre de gynécologues rendait urgent la valorisation et la formation de cette discipline auprès des médecins généralistes (24).

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont des différences d'état de santé entre des groupes sociaux. Elles témoignent de la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale, qui dépend elle-même des revenus, du niveau d'études, de la profession, etc. A l'inverse de la précarité qui est souvent « visible » par le mauvais état de santé ou les difficultés d'accès aux soins, les ISS touchant l'ensemble de la population peuvent passer inaperçues (25).

Le groupe de travail du Collège de Médecine Générale a relevé qu'il existe des ISS au sein même de la patientèle des médecins généralistes. Par exemple, dans des cabinets franciliens, le dépistage du cancer du col utérin est socialement différencié. Celui-ci doit donc faire partie d'une démarche d'amélioration de la qualité des soins intégrant les critères sociaux (25).

En effet, les femmes qui bénéficient le moins de frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus sont celles qui ont les plus bas niveaux de revenus et le plus bas niveau d'études (26).

Par ailleurs, une étude sur la différenciation des besoins de soins préventifs, menée auprès de consultantes d'hôpitaux publics des Pays-de-la-Loire, a montré que les consultantes en situation de vulnérabilité sociale avaient moins souvent bénéficié du dépistage du cancer du col de l'utérus et reçu de leur médecin de propositions pour le réaliser que les autres consultantes. Le délai de réalisation du FCU pour ces patientes était plus souvent supérieur à trois ans (27).

De même, d'après la littérature, les femmes participant moins aux programmes de dépistage organisé du cancer du sein sont plus âgées, ont un niveau d'études plus bas et appartiennent à une catégorie socioéconomique moins élevée que les autres (26).

La réduction des ISS passe, entre autres, par des actions menées au niveau du système de santé, s'appuyant notamment sur le secteur des soins primaires. En effet, des travaux comparatifs ont montré que les systèmes de santé organisés autour des soins primaires sont les plus efficaces pour améliorer la santé des populations (25).

B) L'OFFRE DE SOINS EN GYNECOLOGIE

1) Les acteurs en santé de la femme

Quatre professions médicales sont à ce jour concernées par la gynécologie ou l'obstétrique en France : les gynécologues médicaux, les gynécologues obstétriciens, les médecins généralistes et les sages-femmes (28).

a) Les sages-femmes

Les sages-femmes exercent une profession médicale dont le champ d'intervention est déterminé par le Code de la Santé Publique 2009 :

Art. L.4151-1 : « L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant [...]

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret. »

Art. L.4151-2 : « Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du Ministre chargé de la Santé. »

Art. L4151-3 : « En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques.»

Art. L.4151-4 : « Les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. »

b) Les médecins généralistes

Leurs missions sont également définies par le code de Santé Publique :

Art. L.4130-1 :

Il « contribue à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patient(e)s la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé ».

Il « oriente ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social » et « s'assure de la coordination des soins nécessaire à ses patient(e)s » et « de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ».

Il « contribue aux actions de prévention et de dépistage ».

Il trouve également son rôle en périnatalité, dans le suivi des grossesses et des complications post accouchement ou de l'allaitement.

c) Les gynécologues

Depuis le Décret n° 2003-85 du 30 janvier 2003, l'ancien Diplôme d'Etudes de Spécialisées (DES) de « *Gynécologie-Obstétrique et Gynécologie Médicale* » a été scindé en deux entités distinctes que sont les DES de « *Gynécologie médicale* » et celui de « *Gynécologie – Obstétrique* ».

La spécialité de gynécologie médicale consiste en la prise en charge médicale des pathologies gynécologiques et mammaires mais recouvre également des activités plus spécialisées. Elle est également impliquée dans le suivi gynécologique des patientes, notamment celles à risque.

La spécialité de gynécologie obstétricale quant à elle est axée sur la chirurgie gynécologique fonctionnelle et oncologique, la prise en charge des grossesses à risque, les conduites à tenir obstétricales, la médecine prénatale et l'assistance médicale à la procréation.

Le gynécologue obstétricien possède donc l'exclusivité du versant chirurgical des domaines gynécologique et mammaire et il est le médecin spécialiste des versants médicaux et chirurgicaux du domaine obstétrical.

Les gynécologues médicaux et obstétriciens partagent en revanche des compétences concernant certains gestes techniques, tels que la colposcopie, l'hystéroscopie diagnostique et l'échographie gynécologique, en général sous couvert d'une formation spécifique.

Il faut souligner que les médecins généralistes et les sages-femmes peuvent également, sous réserve d'une formation spécifique, être compétents en échographie gynécologique et/ou obstétricale.

2) Les acteurs de premiers recours : médecins généralistes et sages-femmes

Cette définition des missions de chacun des acteurs permet donc de placer les médecins généralistes et les sages-femmes en première ligne de recours assurant, par leur répartition sur le territoire, la continuité et la permanence des soins.

Leur formation s'axe particulièrement sur le dépistage et la prévention, grâce à leur proximité avec les patientes pour les médecins généralistes, et en tant que garants de la physiologie pour les sages-femmes. Les médecins généralistes assurent également leurs missions de diagnostic et de traitement de nombreuses pathologies spécifiques de la femme

(infections sexuellement transmissibles, suivi de la grossesse normale, IVG médicamenteuse,...) sans les adresser systématiquement à un confrère spécialiste gynécologue médical ou obstétricien.

La seconde ligne de recours est en effet constituée par les gynécologues médicaux et obstétriciens. En cas de pathologie détectée chez la patiente, celle-ci peut alors être réorientée, si nécessaire, vers la seconde ligne de recours aux soins par les spécialistes de médecine générale et sages-femmes pour la suite de la prise en charge dans les domaines prédéfinis.

Malgré tout, selon l'enquête EPILULE menée en 2003 auprès de femmes de 16 à 54 ans consultant en médecine générale, les patientes françaises sollicitent en premier recours le gynécologue pour le suivi gynécologique dans 60% des cas et le médecin généraliste dans 40% des cas (29).

C) LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ACTUELLE

Nous décrirons dans cette partie la démographie médicale libérale d'une façon générale en France, pour se recentrer ensuite sur la population que nous avons étudiée dans notre enquête, la population médicale parisienne de premier recours. Nous nous appuierons sur les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Dans le cadre de cette thèse, nous nous intéresserons particulièrement aux médecins généralistes et aux gynécologues, médicaux ou médicaux et obstétricaux.

Nous terminerons par une brève description de l'offre de soins non libérale qui n'a pas été étudiée dans notre enquête.

1) En France

Un grand nombre d'études récentes montrent que la situation démographique française des soins primaires est inquiétante.

D'après les données de l'atlas de la démographie médicale en France de l'Ordre des médecins, au 1^{er} janvier 2013, la diminution du nombre de médecins en activité se maintient, avec une stagnation de l'offre de soins libérale (30).

a) La médecine générale

D'après les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins, les médecins généralistes représentent 45,9% des effectifs en 2013, contre 46,3% en 2012 (30). On dénombre 91 539 médecins généralistes en activité en 2013 (30), contre 96 889 en 2007 (31), soit une diminution de 5.5%.

Cinquante-neuf pour cent des médecins généralistes sont libéraux strictes en 2013 (30) contre 60,5% en 2007 (31), ce qui montre un recul de ce mode d'exercice.

La pyramide des âges montre un vieillissement des médecins généralistes en activité. La moyenne d'âge est de 54 ans chez les hommes et de 49 ans chez les femmes. Ainsi, âgés en moyenne de 52 ans, 24,8% d'entre eux, ceux de plus de 60 ans, sont susceptibles d'arrêter leur activité professionnelle d'ici à 2018 (30).

En 2013, les femmes représentent 42% des effectifs (30) contre 38% en 2007 (31). Elles sont majoritaires dans les générations de généralistes de moins de 50 ans, confirmant une féminisation de la profession (31).

Ce vieillissement de la population médicale et la féminisation sont les deux principales explications au phénomène de diminution des effectifs des médecins en activité régulière.

La densité départementale moyenne des médecins généralistes, en activité régulière, est de 138,6 pour 100 000 habitants en 2013 (30), contre une densité moyenne de 151 pour 100 000 habitants en 2007 (31). La densité varie de 101,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants dans le département de l'Eure à 207 médecins généralistes pour 100 000 habitants pour les départements des Hautes-Alpes et de Paris.

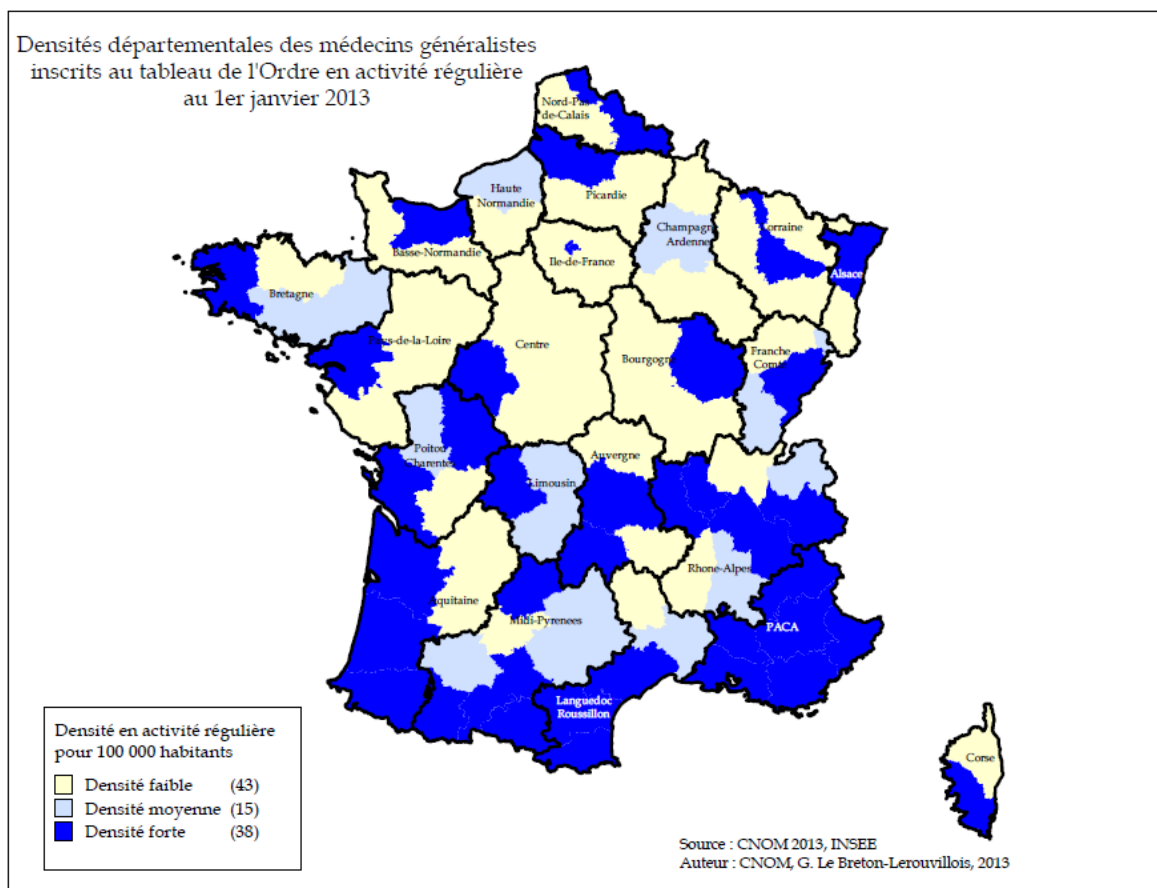


Figure 2 : Densités départementales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière au 1^{er} janvier 2013

À la lecture de la carte, on constate que les densités supérieures à la moyenne concernent les départements du pourtour méditerranéen, de la côte atlantique ainsi que de l'Est de la France et du Nord.

b) La gynécologie

En France, on recense 1 449 gynécologues médicaux en activité en 2013 (30), contre 27 en 2007 (31). Cette augmentation s'explique par le fait que la gynécologie médicale est une discipline médicale qui n'a plus été enseignée de 1984 à 2004. Elle est devenue une spécialité universitaire par la création d'un Diplôme d'études spécialisées à partir de 2004. Il faut noter cependant qu'un nombre important de médecins gynécologues, titulaire de la compétence en gynécologie médicale, exerce cette discipline exclusivement.

Ces données sont à corrélérer au fait que la moyenne d'âge des gynécologues médicaux en exercice est de 60 ans. Ainsi en 2012, pour 22 nouveaux gynécologues médicaux, 98 ont cessé leur activité (30).

En revanche, l'effectif des spécialistes en gynécologie médicale et obstétricale est en diminution avec 1 652 médecins en 2013 (30), contre 2 097 médecins en 2007 (31).

La pyramide des âges des gynécologues médicaux et obstétricaux en activité montre un vieillissement marqué de la profession. En 2013, l'âge moyen dans cette spécialité est de 58 ans pour les femmes et 61 ans pour les hommes (30). Les femmes représentent 56% des effectifs en 2013 (30), contre 49% en 2007 (31), confirmant la féminisation de la profession.

On note toutefois une augmentation du mode d'exercice libéral dans cette spécialité, avec un médecin sur deux exerçant dans le secteur libéral en 2007 (31), contre deux médecins sur trois en 2013 (30).

La répartition des spécialistes en gynécologie médicale et obstétrique est plus ou moins homogène sur le territoire français en 2013 (30).

La densité moyenne de gynécologues médicaux en France est de 4,3 pour 100 000 habitants en 2013, celle de gynécologues médicaux et obstétricaux est de 5,7 pour 100 000 habitants (30).

2) En Ile de France

Au total, 42 227 médecins sont en activité régulière en 2013. Avec une densité moyenne de 366,4 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants, la région Ile-de-France est la région de France ayant la plus forte densité médicale. Toutefois, les effectifs ont diminué de 4,8% entre 2007 et 2013. Trente-neuf pour cent des médecins ont un exercice libéral exclusif (32).

a) Les médecins généralistes

En 2013, 9 211 médecins généralistes libéraux et mixtes sont recensés en Ile-de-France, soit une baisse des effectifs de 13% au cours de ces six dernières années (32).

Les médecins généralistes franciliens sont âgés en moyenne de 54 ans (56 pour les hommes, 51 ans pour les femmes). Les hommes représentent 64% des médecins généralistes libéraux et mixtes (salariés et libéraux) (32).

Trente-deux pour cent des médecins généralistes libéraux et mixtes sont âgés de 60 ans et plus et 8,1% sont âgés de moins de 40 ans. Parmi les jeunes générations de moins de 40 ans, les femmes représentent 59% des effectifs (32).

Un grand nombre de bassins de vie³ en Ile-de-France recensent une diminution des médecins généralistes libéraux et mixtes alors que la population générale a augmenté. Ainsi, en 2013, 52% des bassins de vie sont caractérisés par une densité faible selon les données du Conseil de l'Ordre et de l'INSEE. Un bassin de vie compte en moyenne 76 médecins généralistes libéraux et mixtes pour 100 000 habitants, ce qui est inférieur à la moyenne nationale (32).

b) Les gynécologues

En Ile-de-France, présentée souvent comme une région privilégiée, le nombre de bassins de vie dans lesquels on ne peut trouver aucun gynécologue médical, qui était déjà de 74 en 2012, est passé à 76 en 2013. Cette situation ne peut aller qu'en s'aggravant puisque la moyenne d'âge des gynécologues médicaux en exercice pour cette région est de 60 ans (33).

En 2013, les bassins de vie de la région Ile-de-France recensent 773 gynécologues médicaux (spécialistes en gynécologie médicale et obstétrique et spécialistes en gynécologie médicale) en activité régulière avec un mode d'exercice libéral ou mixte (32).

Sur la période 2008-2013, les effectifs ont diminué de 2,8%. D'après les projections du Conseil de l'Ordre, cette tendance devrait se confirmer sur la période 2013-2018 (-2,3%) (32).

La densité de gynécologues médicaux en Ile-de-France est de 9,2 pour 100 000 habitants en 2013, 10,4 pour 100 000 habitants pour les gynécologues médicaux et obstétricaux, ce qui est plus que la moyenne nationale (30).

³

: Le découpage de la France « en bassins de vie » a été réalisé pour faciliter la compréhension de la structuration du territoire de la France métropolitaine. Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants, classés en 6 grands domaines depuis 2012: services aux particuliers, commerce, enseignement, santé, sports, loisirs et culture, transports.
Source : <http://www.insee.fr>.

Les gynécologues médicaux sont âgés en moyenne de 60 ans (61 ans pour les hommes, 59 ans pour les femmes) et sont majoritairement représentés par les femmes avec 74% des effectifs (32).

3) A Paris

Notre enquête s'est portée sur la démographie médicale parisienne.

D'après le Conseil de l'Ordre de Paris, on compte 15 665 médecins en activité régulière en janvier 2013. Ce chiffre est en diminution de 6,8% depuis 2007, et restera en diminution selon les projections (34).

a) Les médecins généralistes

En janvier 2013, 1753 médecins généralistes sont en activité régulière à Paris contre 2188 en 2007, soit une diminution de 20%. On attend une diminution de 15% d'ici 2018 (34).

D'après la pyramide des âges, 35,4% des médecins généralistes parisiens ont plus de 60 ans, et 9.5% d'entre eux seulement ont moins de 40 ans (34).

La moyenne d'âge est de 56 ans chez les hommes, représentant 61% des effectifs des médecins généralistes, celle des femmes est de 52 ans. La féminisation de la profession observée de façon nationale, s'observe également à Paris, avec une majorité de femmes au sein des générations de moins de 50 ans (34).

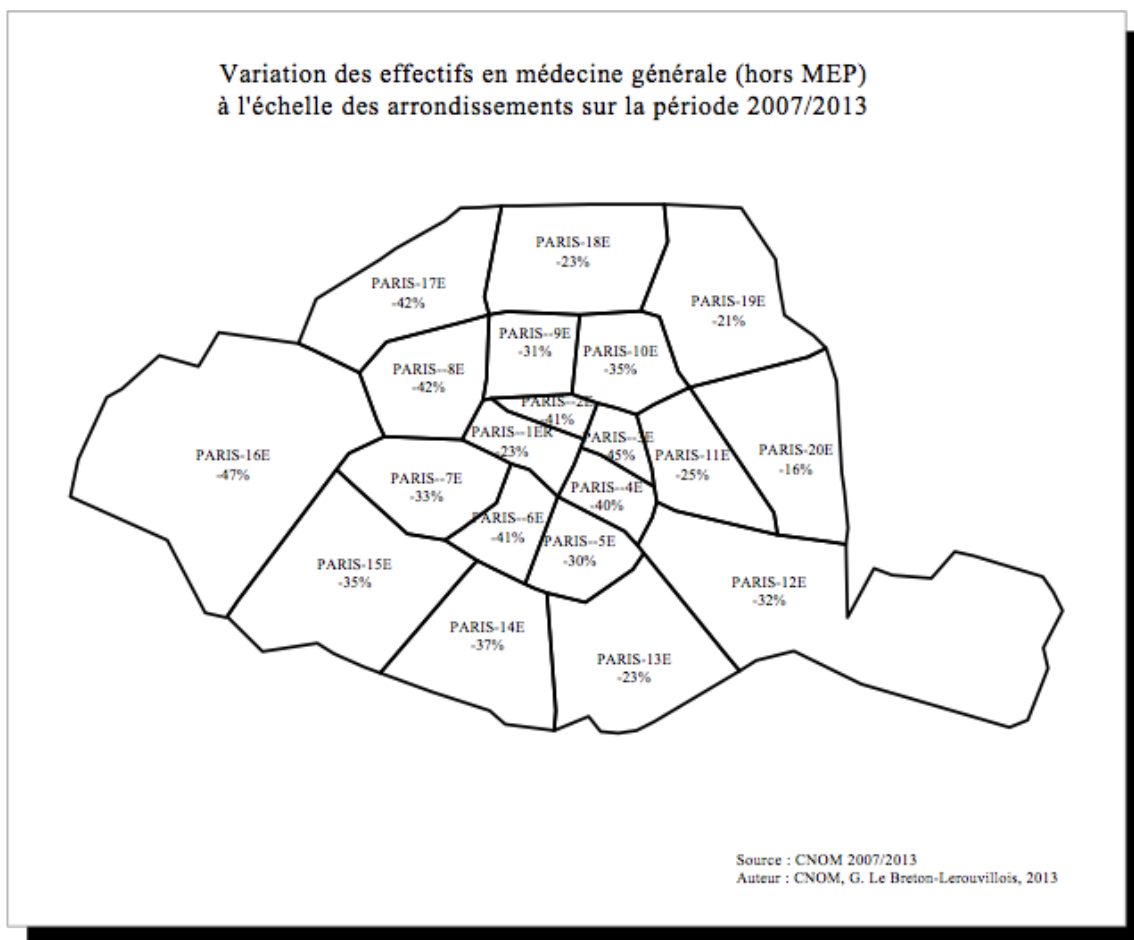


Figure 3 : Variation des effectifs en médecine générale (hors MEP) à l'échelle des arrondissements sur la période 2007/2013

Cette carte montre que les effectifs des médecins généralistes sont en diminution de façon inhomogène selon les arrondissements (34).

b) Les gynécologues

Avec 19,6 gynécologues médicaux pour 100 000 habitants et 15,6 gynécologues médicaux et obstétricaux pour 100 000 habitants en 2013, la Ville de Paris est le département le mieux loti sur le territoire national (30).

D'après les données du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Ville de Paris, 283 gynécologues sont en activité régulière en janvier 2013, contre 422 en 2007, ce qui correspond à une diminution de 33% des effectifs. Une diminution de 25% est attendue d'ici 2018 (34).

La pyramide des âges montre que 61% des gynécologues ont plus de 60 ans, seulement 2.8% d'entre eux ont moins de 40 ans (34).

Les femmes représentent la majorité des effectifs (77%) avec une moyenne d'âge de 59 ans (34).

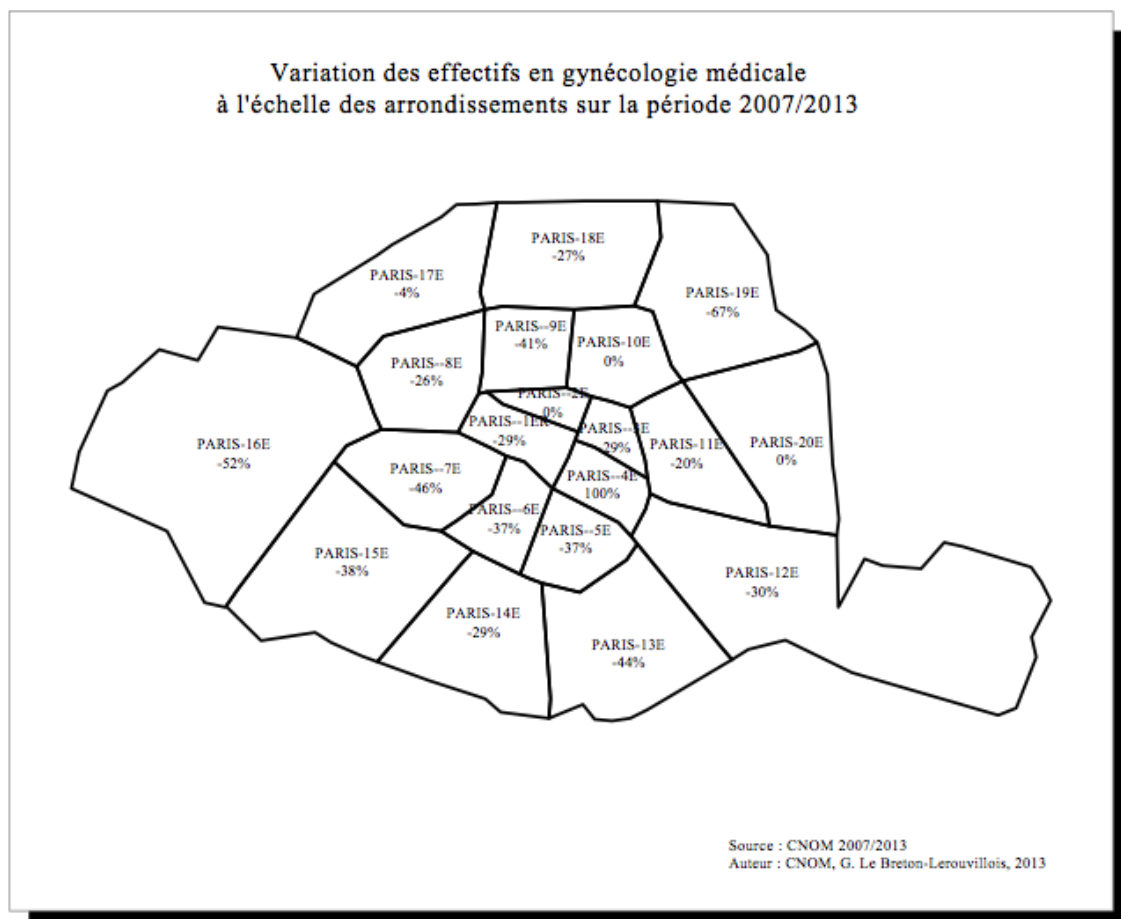


Figure 4 : Variation des effectifs en gynécologie médicale à l'échelle des arrondissements sur la période 2007/2013

La variation des effectifs de gynécologues médicaux est inhomogène selon les arrondissements.

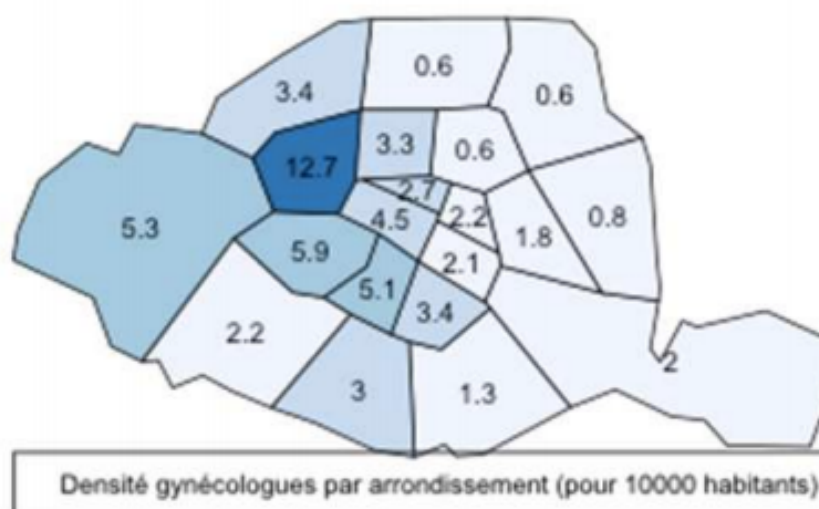


Figure 5 : Densité de gynécologues par arrondissement (pour 10 000 habitants)

On constate d’après cette carte tirée de l’Atlas de la CPAM de Paris de 2013, que les arrondissements de l’ouest parisien présentent une densité de gynécologues plus importante que l’est parisien.

Le huitième arrondissement se détache très largement des autres arrondissements avec une densité de 12,7 gynécologues pour 10 000 habitants.

4) L’offre de soins gynécologique non libérale des structures de soins

Diverses structures de soins parisiennes, qui n’ont pas été étudiées dans le cadre de notre enquête, proposent de prendre en charge les problèmes de santé de la femme, que ce soit dans le cadre de la prévention, de l’urgence ou du suivi.

a) Les centres de planification et la protection maternelle et infantile

Ce sont essentiellement des lieux de prévention qui proposent gratuitement à tout âge et quelle que soit la couverture sociale, des informations sur la sexualité, les méthodes de contraception et d’interruption volontaire de grossesse, les infections sexuellement transmissibles.

Les centres de planification offrent également des consultations médicales où les mineurs peuvent, entre autres, se procurer gratuitement un moyen de contraception. Ils assurent des entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse et des entretiens relatifs à la régulation des naissances dans les suites d'une interruption volontaire de grossesse. Ils peuvent réaliser des interruptions volontaires de grossesse par méthode médicamenteuse (jusqu'à sept semaines d'aménorrhée).

On dénombre 22 centres de planification parisiens (35) :

- 2^{ème} arrondissement : Le Planning Familial 75
- 10^{ème} arrondissement : Hôpital Saint-Louis, Hôpital Lariboisière, Mouvement Français pour le Planning Familial
- 11^{ème} arrondissement : Centre de planification « Estrelia »
- 12^{ème} arrondissement : Œuvre des Secours aux Enfants, Hôpital Les Bluets/Trousseau
- 13^{ème} arrondissement : Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Institut E3M, Mouvement Français pour le Planning Familial
- 14^{ème} arrondissement : Institut Alfred Fournier, Groupe hospitalier Cochin St Vincent de Paul, Centre médico-social Ridder
- 15^{ème} arrondissement : MGEN, Hôpital Georges Pompidou
- 17^{ème} arrondissement : Centre Curnonsky
- 18^{ème} arrondissement : Centre Cavé-Pôle Santé Goutte d'Or, Hôpital Bichat
- 19^{ème} arrondissement : Centre Curial, Croix Saint-Simon, Hôpital Robert Debré
- 20^{ème} arrondissement : Hôpital Tenon

Le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) est un service départemental, placé sous l'autorité du Président du Conseil Général et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Il organise des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans.

Les femmes sans couverture sociale, les adolescents ou les adultes désirant garder le secret bénéficient de prestations gratuites et anonymes. La protection maternelle organise alors pour ces patientes le suivi de la grossesse gratuit dans l'une des maternités conventionnées parisiennes de l'AP-HP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris).

Des permanences de sages-femmes sont organisées dans les centres de PMI de chaque arrondissement parisien, pour répondre aux questions des femmes concernant la grossesse, la préparation à la naissance et l'allaitement (35).

b) Les centres de santé

Ce sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales. Ils pratiquent le tiers payant. Ils peuvent réaliser des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

Il existe 38 centres de santé parisiens proposant des consultations de gynécologie (35):

- 2^{ème} arrondissement : Centre de santé Réaumur, Centre de santé René Laborie
- 3^{ème} arrondissement : Centre de santé Au Maire-Volta
- 5^{ème} arrondissement : Centre de santé Epée de Bois
- 6^{ème} arrondissement : Institut Arthur Vernes, Centre de santé Saint-Michel
- 8^{ème} arrondissement : Centre médical Saint-Lazare, Centre de santé Cosem Rome, Centre de santé Cosem Miromesnil
- 9^{ème} arrondissement : Centre médical et dentaire Opéra, Centre de santé Haussmann
- 10^{ème} arrondissement : Centre de santé Saint-Vincent
- 11^{ème} arrondissement : Centre de santé Institut Fournier Chemin Vert
- 12^{ème} arrondissement : Centre de santé de l'Œuvre des Secours aux Enfants, Centre de santé Fernand Lamaze
- 13^{ème} arrondissement : Hôpital privé des Peupliers, Centre de santé Edison, Centre de santé polyvalent Olympiades, Centre de santé polyvalent du Moulinet
- 14^{ème} arrondissement : Centre de santé Marie-Thérèse, Institut Alfred Fournier, Centre de santé Tisserand
- 15^{ème} arrondissement : Centre médical Saint-Jacques, Centre de Santé Jack Senet, Centre de santé Paris Vaugirard, Etudes et Santé, Centre de santé SVP
- 16^{ème} arrondissement : Centre de santé mutualiste Alice Grosperrin
- 17^{ème} arrondissement : Centre médical et dentaire Etoile
- 18^{ème} arrondissement : Centre de santé Marcadet, Centre de santé ADMS Myrha
- 19^{ème} arrondissement : Centre médical Stalingrad, Centre de santé ADMS Crimée, Centre de santé médical et dentaire Clavel, Centre de Santé Cosem Atlas
- 20^{ème} arrondissement : Centre de santé polyvalent Haxo, Centre de santé Belleville, Centre de santé Les Balkans.

c) Les hôpitaux publics et privés

Ces établissements assurent des prises en charges médicales en urgence et des consultations spécialisées. Douze établissements de l'AP-HP assurent la prise en charge des femmes dans le cadre des urgences et/ou proposent des consultations de gynécologie médicale (36):

- Bichat-Claude-Bernard
- Cochin
- Hôpital européen Georges-Pompidou
- Hôtel-Dieu
- Lariboisière-Fernand-Widal
- Necker-Enfants malades
- Pitié Salpêtrière
- Robert Debré
- Saint-Antoine
- Saint-Louis
- Tenon
- Trousseau

Enfin, de nombreux hôpitaux privés parisiens proposent des consultations de gynécologie médicale parmi lesquels :

- Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph
- Institut Mutualiste Montsouris
- Groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint Simon
- Hôpital Pierre Rouquès Les Bluets
- Clinique Internationale du Parc Monceau
- Clinique Sainte Thérèse
- Etc.

METHODOLOGIE

A) OBJECTIFS DE L'ETUDE :

Les objectifs de cette étude sont :

- l'évaluation de l'offre de soins libérale de premier recours actuelle en 2013 en gynécologie ;
- la description des caractéristiques sociodémographiques et l'activité des gynécologues et des médecins généralistes ayant une activité de gynécologie ;
- l'évaluation de l'offre de soins libérale de premier recours future en gynécologie, en 2015 et 2018.

Notre étude s'est appuyée sur les données concernant l'offre de soins gynécologiques issues de l'enquête DEMOMED 75, à laquelle nous avons participé pour le recueil des données. Nous décrirons donc brièvement les caractéristiques de cette enquête.

B) MATERIEL ET METHODES DE L'ENQUETE DEMOMED 75

1) Objectifs de l'enquête DEMOMED 75

Les objectifs de l'étude DEMOMED 75 étaient :

- l'analyse l'offre actuelle de soins primaire libérale parisienne (définie par les généralistes, pédiatres et gynécologues) par arrondissement et par quartier
- l'estimation de l'offre de soins prévisible de ces mêmes médecins aux échéances de 2 et 5 ans.

2) Population étudiée

Les médecins généralistes, gynécologues (gynécologie médicale et gynécologie médiale et obstétricale) et pédiatres libéraux en activité au 1^{er} janvier 2013 et exerçant à Paris ont été inclus.

Les critères d'exclusion étaient :

- Activité salariée exclusive
- Absence d'activité clinique ou retraités
- Exercice exclusif d'un Mode d'Exercice Particulier
- Activité SOS médecins ou Urgences Médicales de Paris

3) Type d'enquête

Une enquête transversale, descriptive, déclarative par auto-questionnaire, a été réalisée auprès des médecins concernés.

4) Déroulement de l'enquête

Une liste exhaustive des praticiens parisiens concernés a été construite par le recoupement des données de la CPAM et de l'Ordre des médecins.

Un questionnaire a été réalisé, recueillant, pour les médecins généralistes, pédiatres et gynécologues, des données sur :

> Les médecins :

- Sexe
- Age
- Université de formation
- Date de leur première installation à Paris

> Le cabinet :

- Mode d'exercice : seul ou en groupe
- Horaires d'ouverture du cabinet
- Appartenance à une structure pluri professionnelle et/ou réseau de santé
- Caractéristiques des locaux : étage, ascenseur, accessibilité, superficie, propriétaire
- Présence d'un secrétariat
- Pratique du tiers payant

- Utilisation de la carte vitale
 - Informatisation des dossiers
- > Leur activité actuelle :
- Type d'activité : titulaire ou collaborateur, libérale ou mixte, activité réalisée par un remplaçant ou étudiant en SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée)
 - Volume d'activité : nombre de patients, volume horaire
 - Temps de consultation
 - Organisation de l'activité : avec ou sans rendez-vous, visites au domicile ou non, sectorisation, MEP ou non, activités de gynécologie pour les médecins généralistes (réalisation de frottis cervico vaginaux, suivi de grossesse, pose d'implant contraceptif sous-cutané, pose de dispositif intra utérin), pratique d'accouchement en libéral pour les gynécologues
 - Participation à la formation des étudiants
 - RIAP (Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions) : pour certaines données, il a été demandé aux médecins de recopier les données de leur RIAP, ou si non disponible, de faire une estimation de ces données.
 - Participation à la permanence des soins
 - Congés annuels : nombre de semaines, remplacement ou non.
- > Leur activité future :
- Evolution de l'activité à 2 et 5 ans
 - Successeur potentiel
 - Changement du type d'activité : groupe/seul

Les médecins interrogés avaient la possibilité de nous laisser leur mail en fin de questionnaire pour obtenir les conclusions de l'étude DEMOMED 75.

Chaque professionnel concerné s'est vu adresser un courrier accompagné d'un questionnaire pouvant être rempli sous forme papier ou électronique (Lime Survey). Les versions finales écrites du questionnaire adressé aux médecins généralistes et aux gynécologues, ainsi que le courrier l'accompagnant, se trouvent en annexes A, B et C.

Le questionnaire a été envoyé par la poste, avec une relance trois semaines après.

Parallèlement à la relance par courrier postal, nous avons contacté tous les médecins non répondants pour s'assurer de la bonne réception du questionnaire et les sensibiliser à l'étude.

Ces appels téléphoniques nous ont également permis d'exclure les quelques médecins n'exerçant plus dans l'arrondissement ou n'ayant pas d'activité libérale.

Les médecins non répondants ont été contactés trois fois pour les inciter à répondre.

Le recueil des données dans chaque arrondissement était géré par un ou deux internes, selon la taille de l'arrondissement. Ils étaient chargés de relancer les non répondants et de recueillir les données manquantes par téléphone.

La saisie des données a été effectuée en ligne, soit directement par le médecin généraliste, soit par l'interne après réception du questionnaire papier.

5) Partenariats et aspects légaux

Cette étude a été réalisée par trois départements de médecine générale parisiens (Facultés de médecine Paris V, VI, VII) avec la participation de nombreux partenaires institutionnels : la Mairie de Paris, l'ARS IDF (Agence Régionale de Santé Ile de France), le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Paris et la CPAM de Paris, le Réseau de Santé Paris Nord.

L'exploitation des données s'est faite de façon strictement anonyme, chaque questionnaire ayant un numéro d'anonymat propre.

L'étude DEMOMED 75 a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

C) ANALYSE STATISTIQUE

Le recueil des données de sondage a été réalisé à l'aide du logiciel de gestion de questionnaires en ligne LimeSurvey. Les données ont été exportées dans une base de données Excel.

Dans le cadre de cette thèse, nous avons extrait des données de l'enquête DEMOMED 75 celles jugées pertinentes concernant les médecins généralistes ayant une activité de gynécologie et les gynécologues.

Nous avons procédé au traitement des données uniquement de façon descriptive, avec un calcul de pourcentage pour les données qualitatives, et un calcul de moyenne pour les données quantitatives via le logiciel Excel.

RESULTATS

L'envoi des questionnaires DEMOMED 75 débuté en juillet 2013 et l'étude s'est arrêtée en novembre 2013.

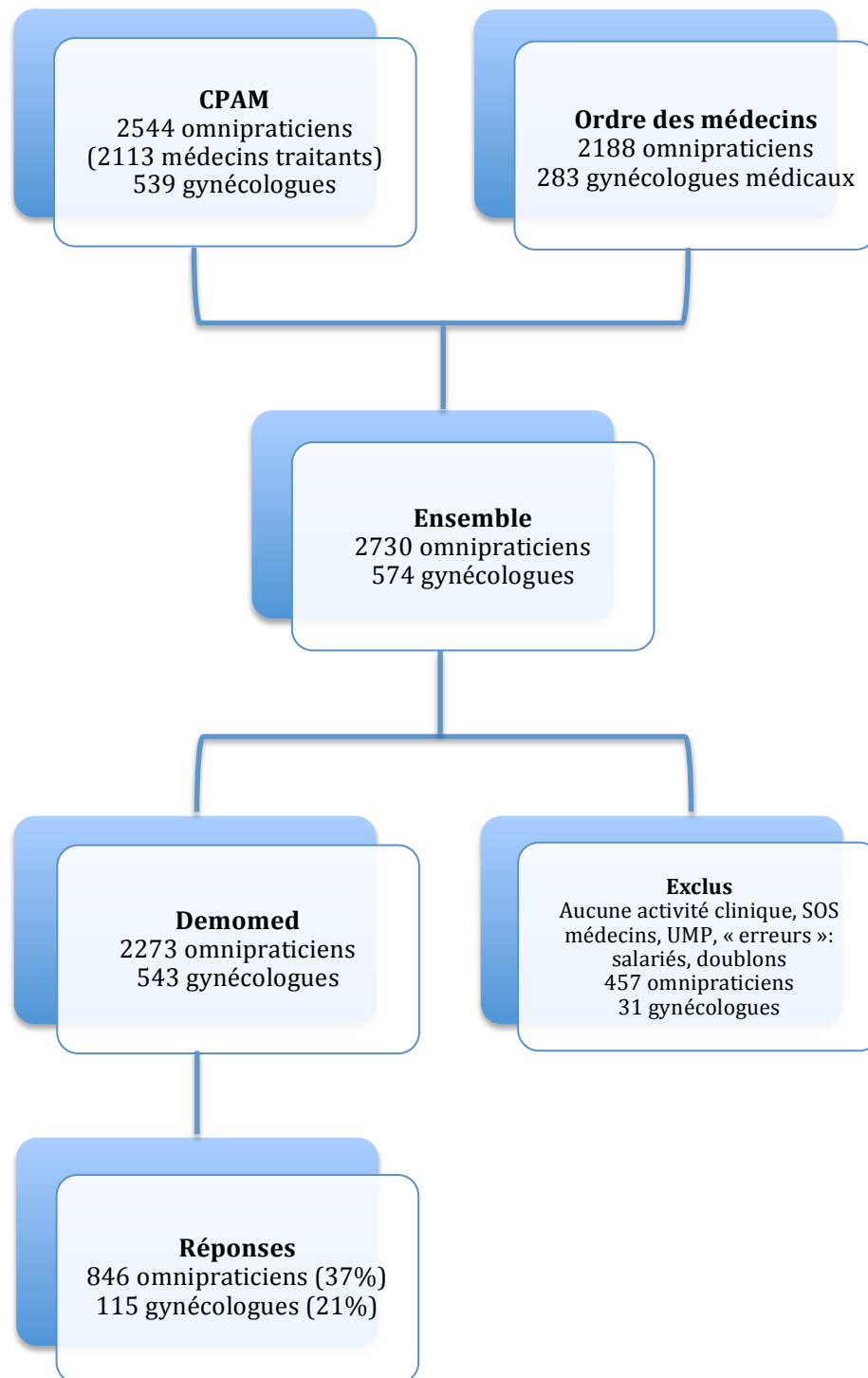


Figure 6 : Diagramme de l'inclusion des médecins dans l'étude

Après croisement des données de la CPAM et celles de l'Ordre des médecins, 2 730 omnipraticiens et 574 gynécologues ont été identifiés. En excluant les médecins salariés, les doublons, les médecins sans activité et ceux appartenant à SOS médecins ou aux Urgences Médicales de Paris (UMP), 2273 omnipraticiens et 543 gynécologues parisiens étaient éligibles pour l'enquête DEMOMED 75 et ont reçu un questionnaire.

A) ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES

1) Taux de réponses

Trente-sept pour cent des médecins généralistes interrogés, soit 846, ont répondu à l'enquête.

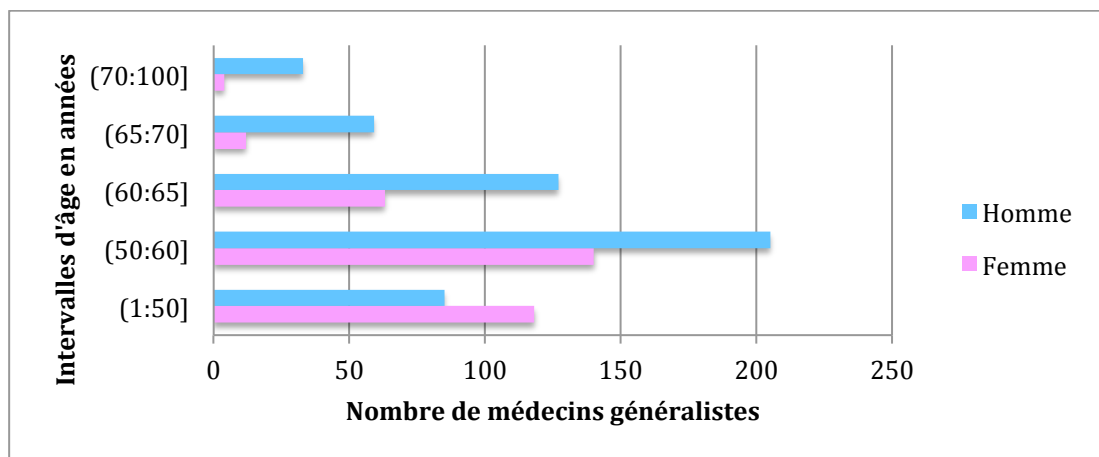


Figure 7 : Répartition des médecins généralistes ayant répondu selon leur intervalle d'âge et leur sexe

Cette figure montre que seule la jeune génération de médecins généralistes de moins de 50 ans est majoritairement féminine. On note également que la classe d'âge des 50 à 60 ans est la plus nombreuse. Ces informations sont cohérentes avec les données citées plus haut (page 28).

2) Part des médecins généralistes ayant une activité de gynécologie et répartition par arrondissement

Quatre-vingt-un médecins généralistes n'ont pas répondu à la question de la pratique d'actes gynécologiques.

Au total, 360 médecins généralistes, soit 47% des répondants ont déclaré pratiquer au moins un acte de gynécologie parmi :

- réalisation de frottis cervico vaginaux ;
- suivi de grossesse ;
- pose d'implant contraceptif sous-cutané ;
- pose de dispositif intra utérin (DIU).

Tableau 1 : Taux de retour global des médecins généralistes et taux de médecins généralistes pratiquant au moins un acte de gynécologie, par arrondissement

Arrondissement	Total MG répondants	Taux de retour global (%)	MG avec activité gynécologique	Taux (%)
1	5	45	1	20
2	10	44	5	50
3	13	38,9	6	46
4	13	40	7	54
5	39	44,2	15	38
6	14	27	1	7
7	36	58,7	13	36
8	19	17,5	3	16
9	22	25,3	9	41
10	17	25,4	7	41
11	54	39,9	32	59
12	53	39,3	25	47
13	33	29,6	18	55
14	59	47,6	26	44
15	80	41,7	39	49
16	85	39	12	14
17	49	25,7	11	22
18	72	55,4	72	100
19	39	30,6	22	56
20	53	43,8	36	68
Total	765	33,8	360	47

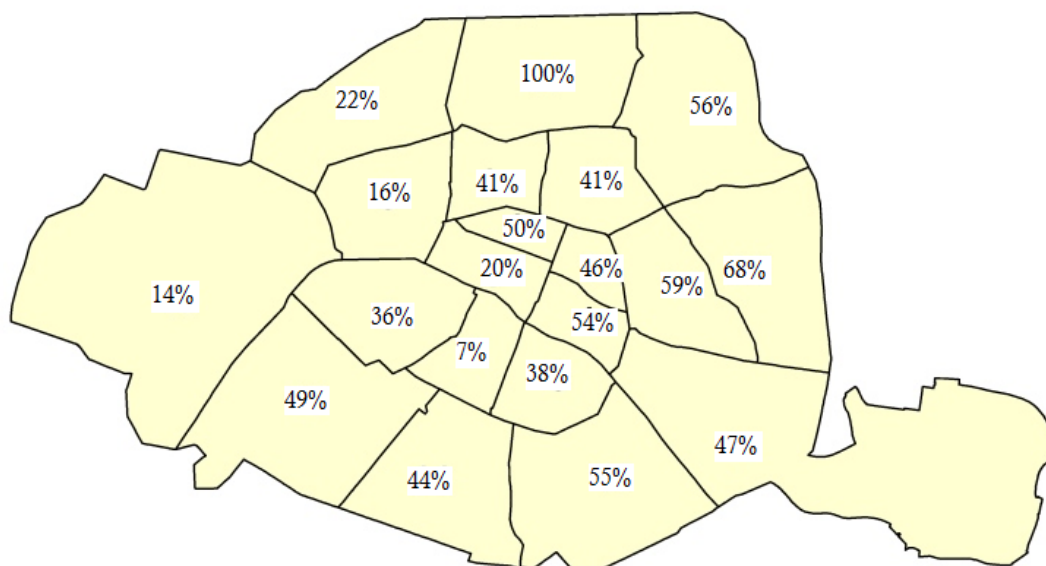


Figure 8 : Taux de médecins généralistes pratiquant au moins un acte de gynécologie, par arrondissement.

Les 72 médecins ayant participé à l'étude dans le 18^{ème} arrondissement ont déclaré une pratique de la gynécologie, alors que seulement un des médecins généralistes interrogés dans le 6^{ème} arrondissement (7%) en a déclaré une.

Il y a donc une certaine disparité en fonction de l'arrondissement des effectifs de médecins généralistes pratiquant de la gynécologie, leur proportion étant plus importante dans les arrondissements de l'est et du nord de Paris.

3) Caractéristiques des médecins généralistes ayant une activité de gynécologie :

a) Caractéristiques sociodémographiques

Les médecins généralistes interrogés ont en moyenne 55,7ans.

Ceux pratiquant de la gynécologie de sexe féminin ont en moyenne 50,6 ans, ceux de sexe masculin 56,2 ans.

En revanche, les médecins généralistes ne pratiquant pas de gynécologie de sexe féminin ont en moyenne 55,2 ans, ceux de sexe masculin 59 ans.

Les médecins généralistes femmes de moins de 65 ans pratiquant des actes de gynécologie sont plus nombreuses que celles n'en pratiquant pas. A l'inverse, au sein de la population des médecins généralistes de sexe masculin, l'absence de pratique d'actes gynécologiques est plus répandue, quelque soit la classe d'âge. Au total, parmi les médecins généralistes pratiquant de la gynécologie, 187 (51,9%) sont des femmes.

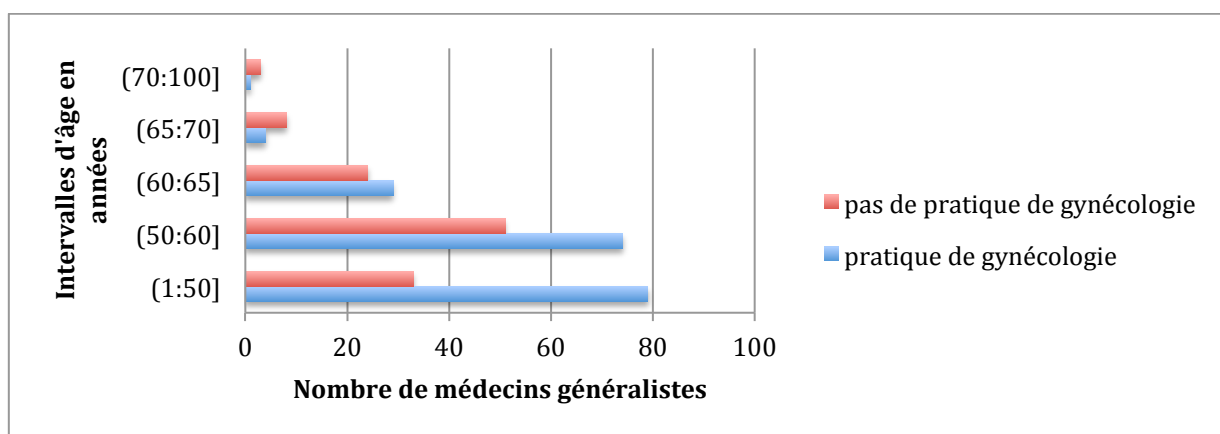


Figure 9.1 : Répartition par tranches d'âge des médecins généralistes femmes selon leur pratique ou non de la gynécologie

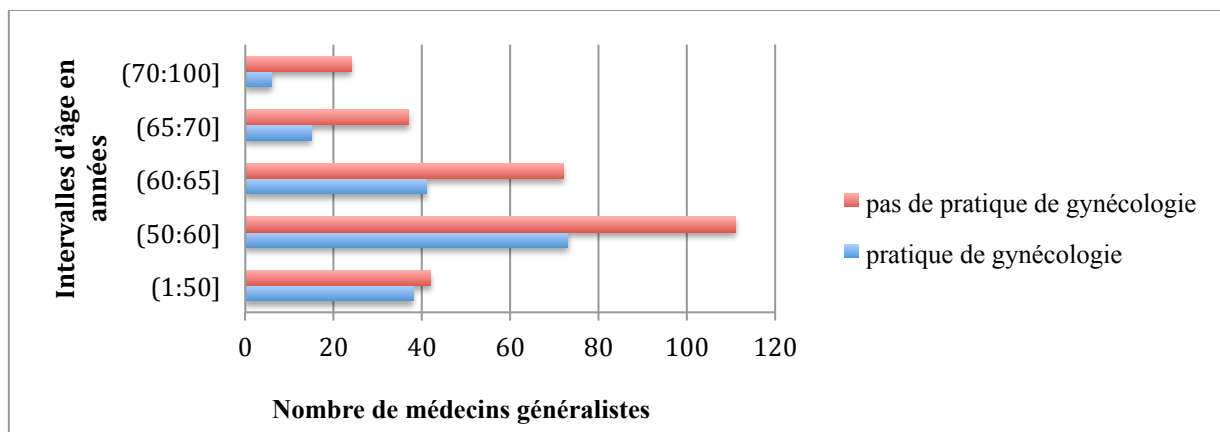


Figure 9.2 : Répartition par tranches d'âge des médecins généralistes hommes selon leur pratique ou non de la gynécologie

Concernant l'université de formation des médecins généralistes pratiquant de la gynécologie, elle se situait :

- à Paris pour 282 médecins (78,3%) ;
- en Ile-de-France pour 37 médecins (10,3%) ;

- en Province pour 33 médecins (9,2%) ;
- à l'étranger pour 8 médecins (2,2%).

Cette répartition est à peu près similaire chez les médecins généralistes ne pratiquant pas de gynécologie. Toutefois, 65% des médecins généralistes formés en Province ont déclaré ne pas pratiquer de gynécologie.

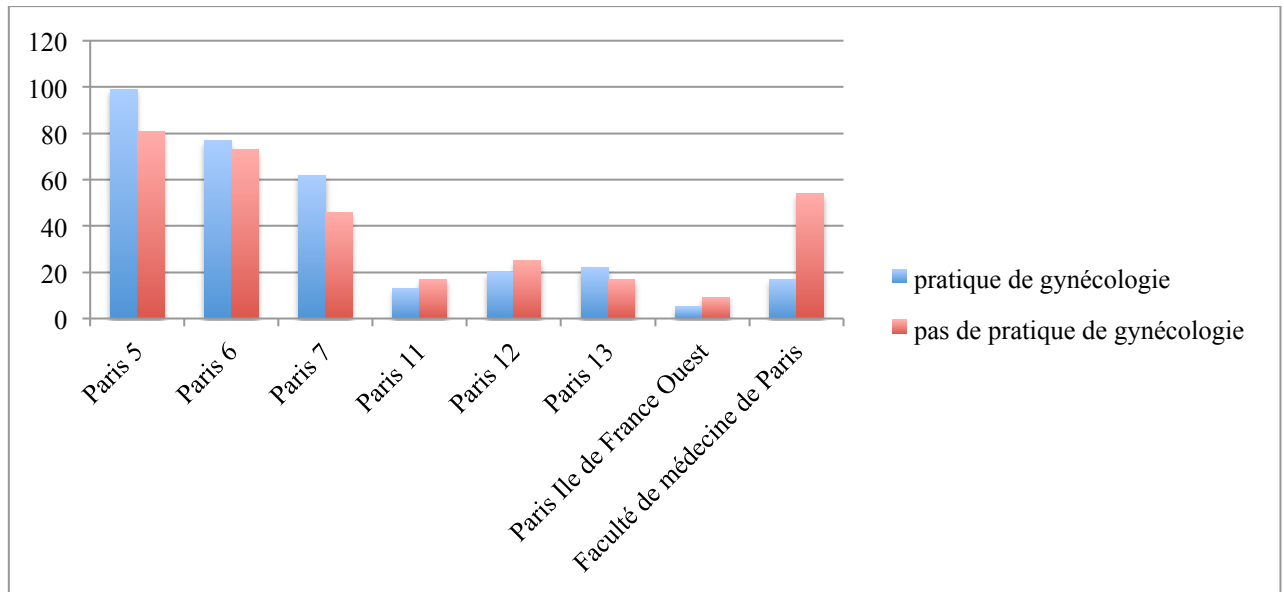


Figure 10.1 : Répartition des médecins généralistes pratiquant ou non de la gynécologie selon leur faculté d'origine en région parisienne

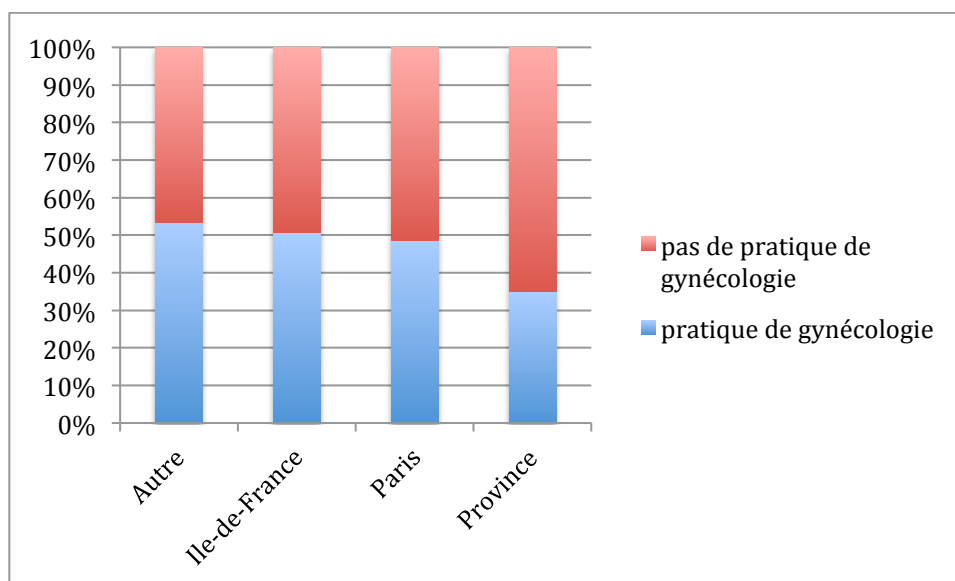


Figure 10.2 : Répartition des médecins généralistes pratiquant ou non de la gynécologie selon leur faculté d'origine en France

b) Mode d'exercice

Les médecins généralistes pratiquant de la gynécologie travaillent majoritairement en groupe (60%), tandis que ceux n'en pratiquant pas travaillent plutôt en cabinet individuel (53%).

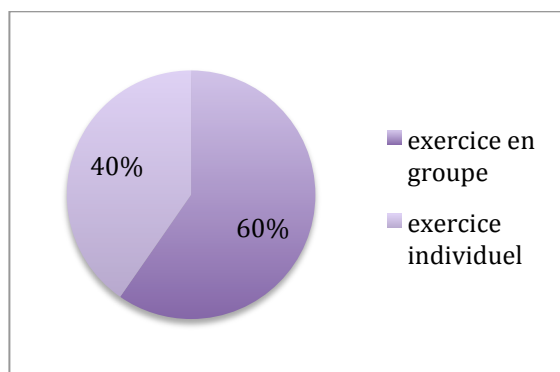


Figure 11 : Répartition des médecins généralistes pratiquant de la gynécologie selon le type de cabinet

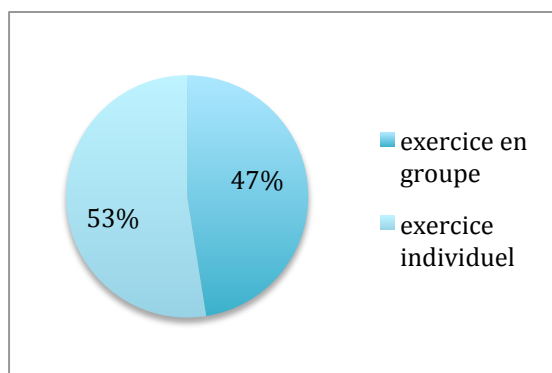


Figure 12: Répartition des médecins généralistes ne pratiquant pas de la gynécologie selon le type de cabinet

En revanche, le mode d'exercice, libéral ou mixte salarié et libéral, ne semble pas être un déterminant de la pratique de gynécologie.

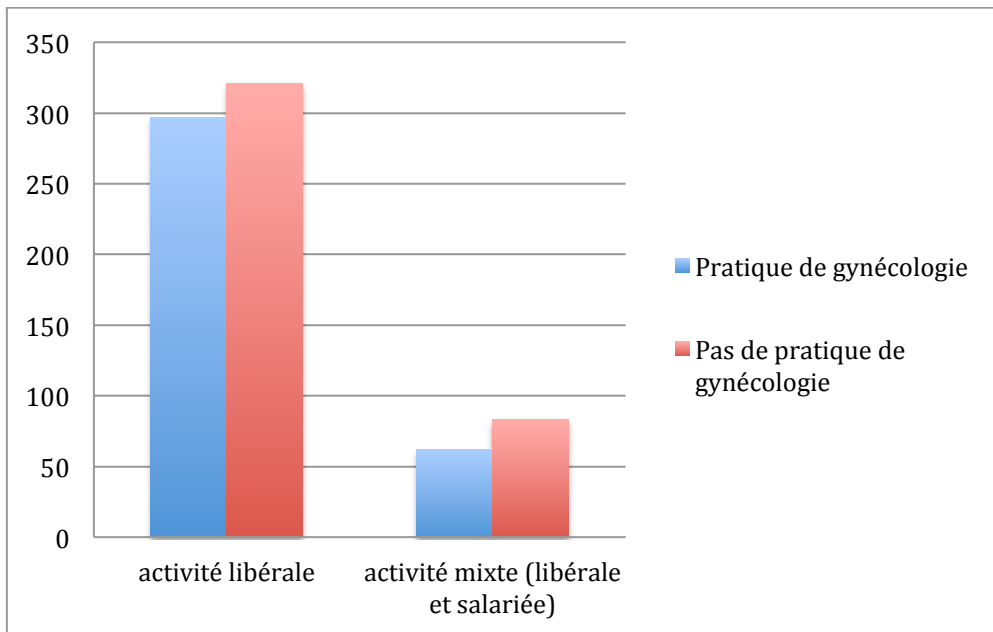


Figure 13 : Répartition des médecins généralistes pratiquant ou non de la gynécologie selon leur activité

Les médecins généralistes pratiquant de la gynécologie ont majoritairement une activité conventionnée en secteur 1 (73%).

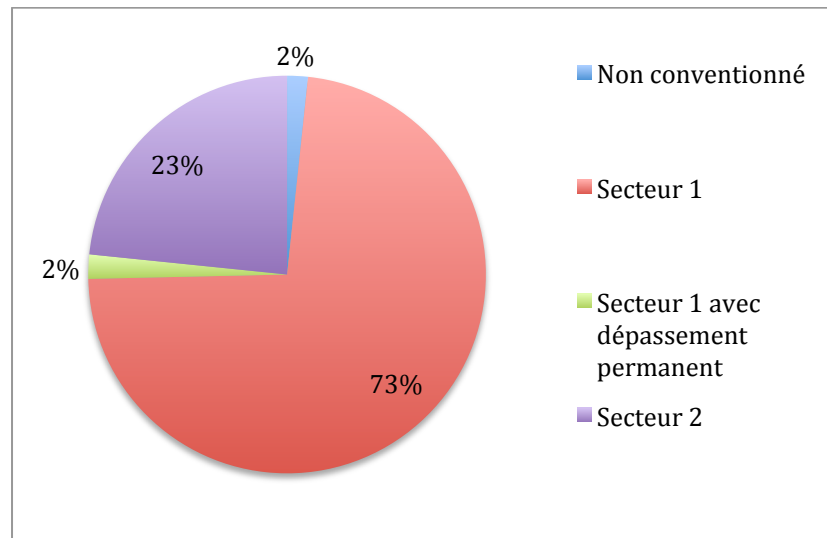


Figure 14 : Répartition des médecins généralistes pratiquant de la gynécologie selon leur secteur d'activité

En revanche, les médecins généralistes n'ayant pas d'activité de gynécologie ont plutôt une activité en secteur 2 ou non conventionnée, et non majoritairement en secteur 1.

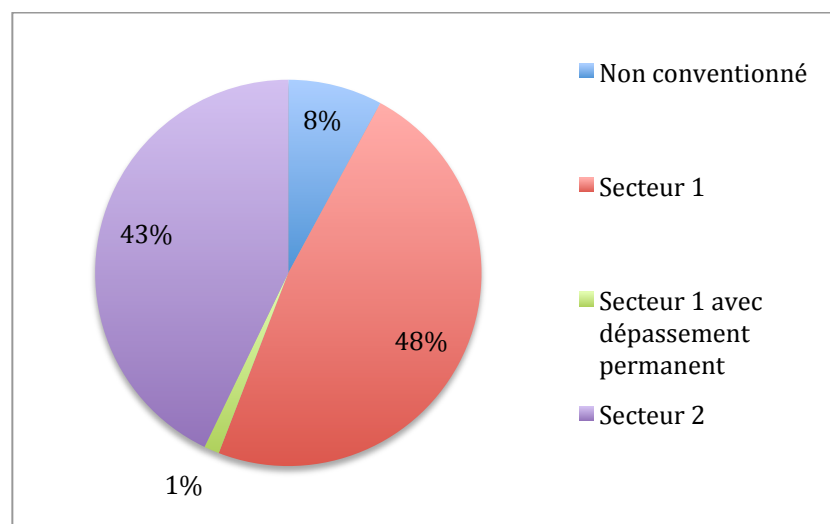


Figure 15 : Répartition des médecins généralistes ne pratiquant pas de la gynécologie selon leur secteur d'activité

c) Accessibilité financière aux soins

Les médecins généralistes ayant déclaré une activité de gynécologie pratiquent quasiment tous (95%) le tiers payant pour les patients bénéficiant de l'AME ou la CMUc, en ALD (Affection Longue Durée), ou en situation financière difficile.

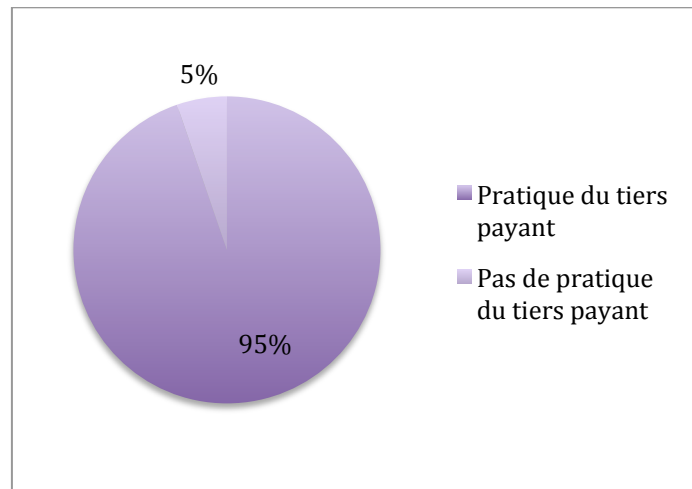


Figure 16 : Répartition des médecins pratiquant de la gynécologie selon leur pratique du tiers payant

La pratique du tiers payant est en revanche moins répandue (82%) chez les médecins généralistes ne pratiquant pas de gynécologie.

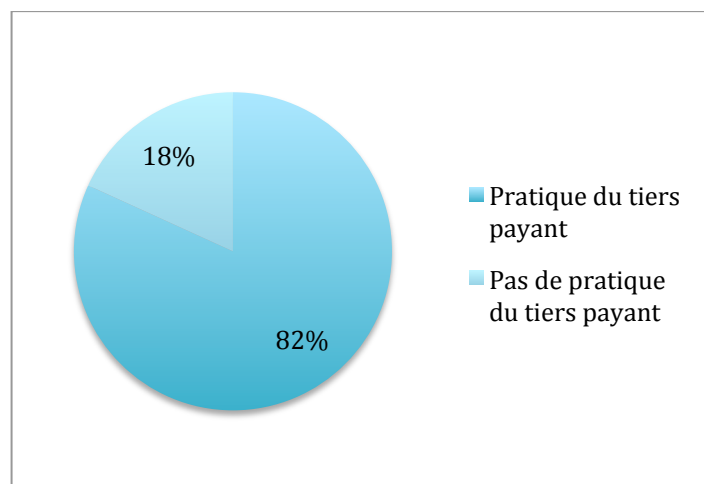


Figure 17 : Répartition des médecins généralistes ne pratiquant pas de la gynécologie selon leur pratique du tiers payant

d) Caractéristiques de la pratique

Les consultations des médecins généralistes pratiquant de la gynécologie durent en moyenne 21 minutes, contre 27 minutes pour les médecins généralistes ne pratiquant pas de gynécologie.

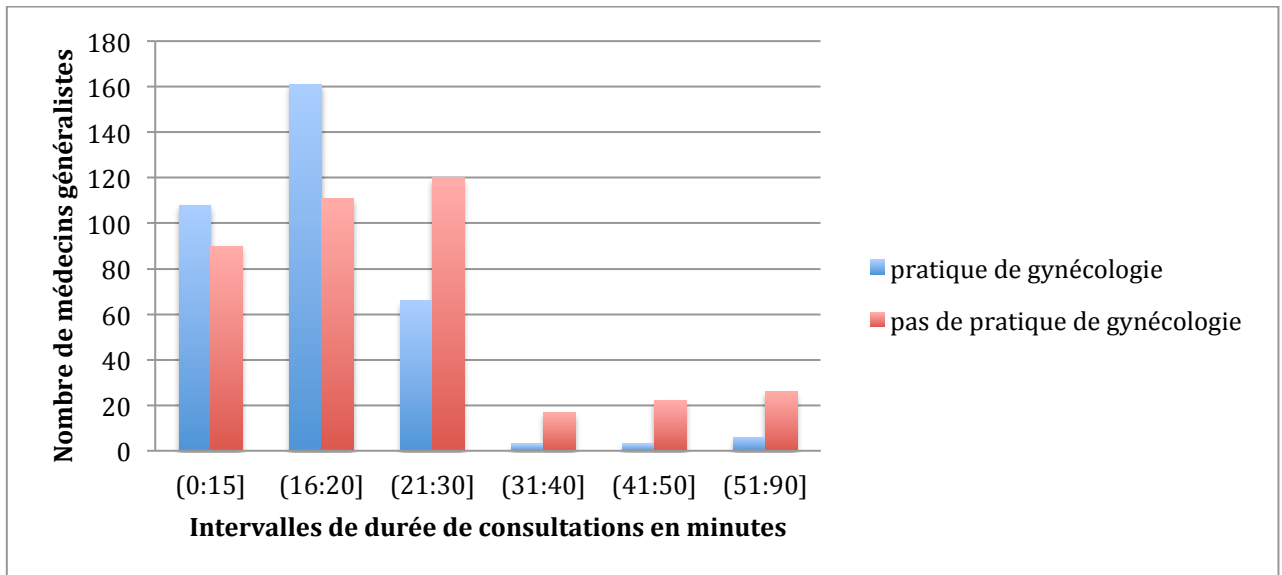


Figure 18 : Répartition par intervalles de durée de consultation des médecins généralistes pratiquant ou non de la gynécologie

Les médecins généralistes pratiquant de la gynécologie n'ont pas de mode d'organisation prédominant, sur ou sans rendez-vous (RDV).

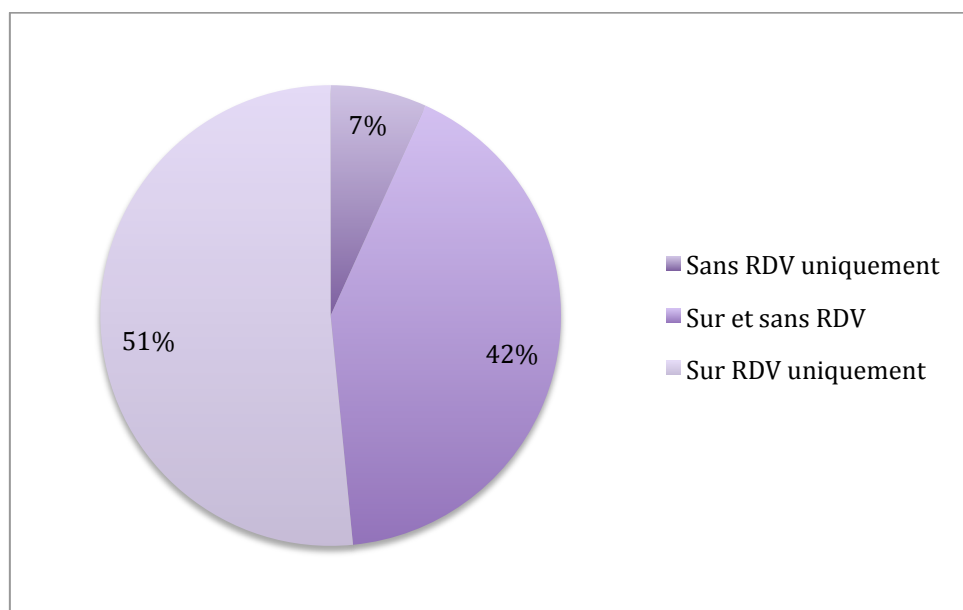


Figure 19 : Répartition selon le mode de consultation des médecins généralistes pratiquant de la gynécologie.

En revanche, les médecins ne pratiquant pas de gynécologie font majoritairement des consultations sur rendez-vous uniquement (74%).

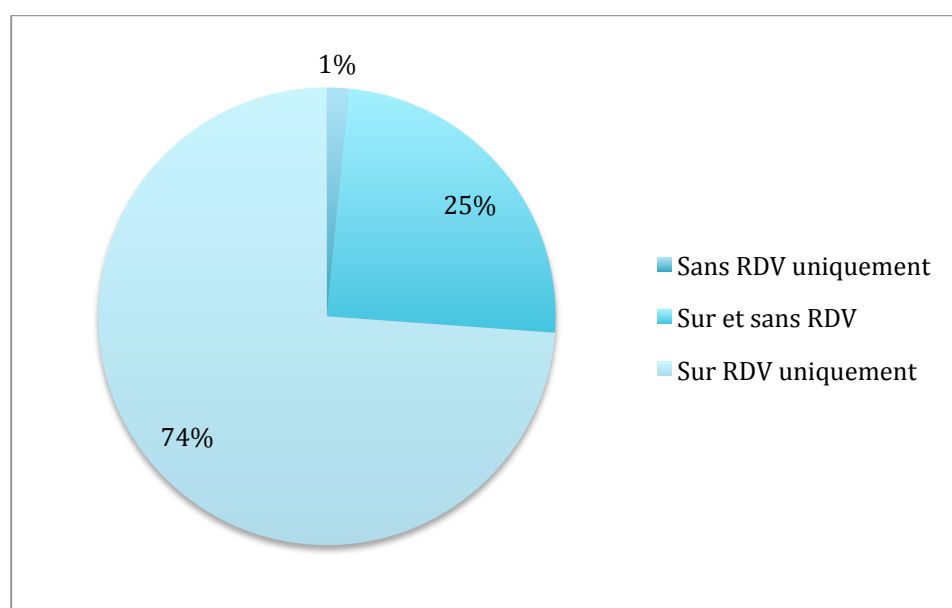


Figure 20 : Répartition selon le mode de consultation des médecins généralistes ne pratiquant pas la gynécologie.

La majorité des médecins généralistes pratiquant de la gynécologie n'ont pas de mode d'exercice particulier (82%).

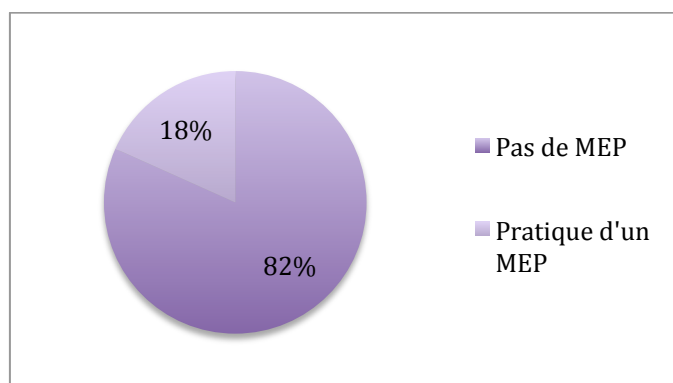


Figure 21 : Pratique d'un mode d'exercice particulier chez les médecins généralistes pratiquant de la gynécologie

Les médecins généralistes ne pratiquant pas de gynécologie ont, dans 48% des cas, un mode d'exercice particulier.

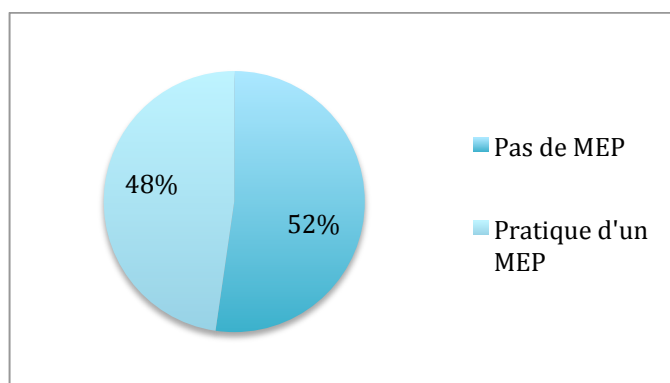


Figure 22 : Pratique d'un mode d'exercice particulier chez les médecins généralistes ne pratiquant pas la gynécologie

Les médecins généralistes pratiquant de la gynécologie sont également maîtres de stage dans 30% cas, alors qu'ils ne sont que 8% chez ceux ne pratiquant pas de gynécologie.

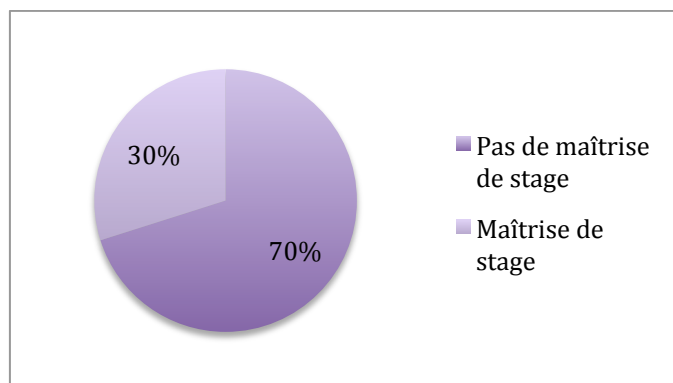


Figure 23 : Maitrise de stage (externe en médecin, interne en médecine générale en stage de niveau 1 ou 2) chez les médecins généralistes pratiquant de la gynécologie

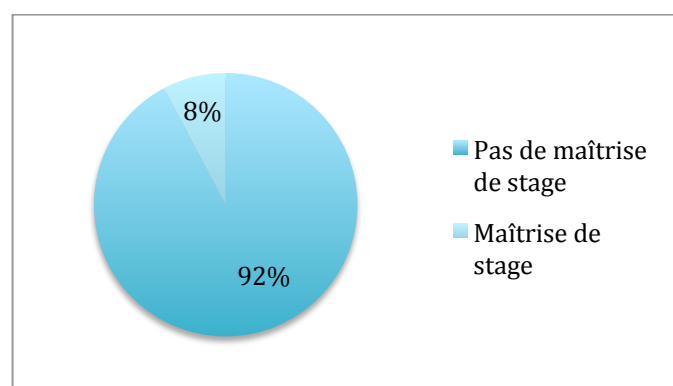


Figure 24 : Maitrise de stage (externe en médecin, interne en médecine générale en stage de niveau 1 ou 2) chez les médecins généralistes ne pratiquant pas la gynécologie

e) Pratique de gynécologie

Les médecins généralistes ayant déclaré une activité de gynécologie réalisent en majorité des suivis de grossesse (78% d'entre eux, soit 280/360). La pratique de frottis cervico-vaginaux a été déclarée par 52 % des médecins généralistes (soit 187/360).

En revanche, la pose d'implant contraceptifs et de stérilet est peu répandue : 15% (soit 54/360) des médecins généralistes pour les implants contraceptifs, 13% pour les stérilets (soit 46/360).

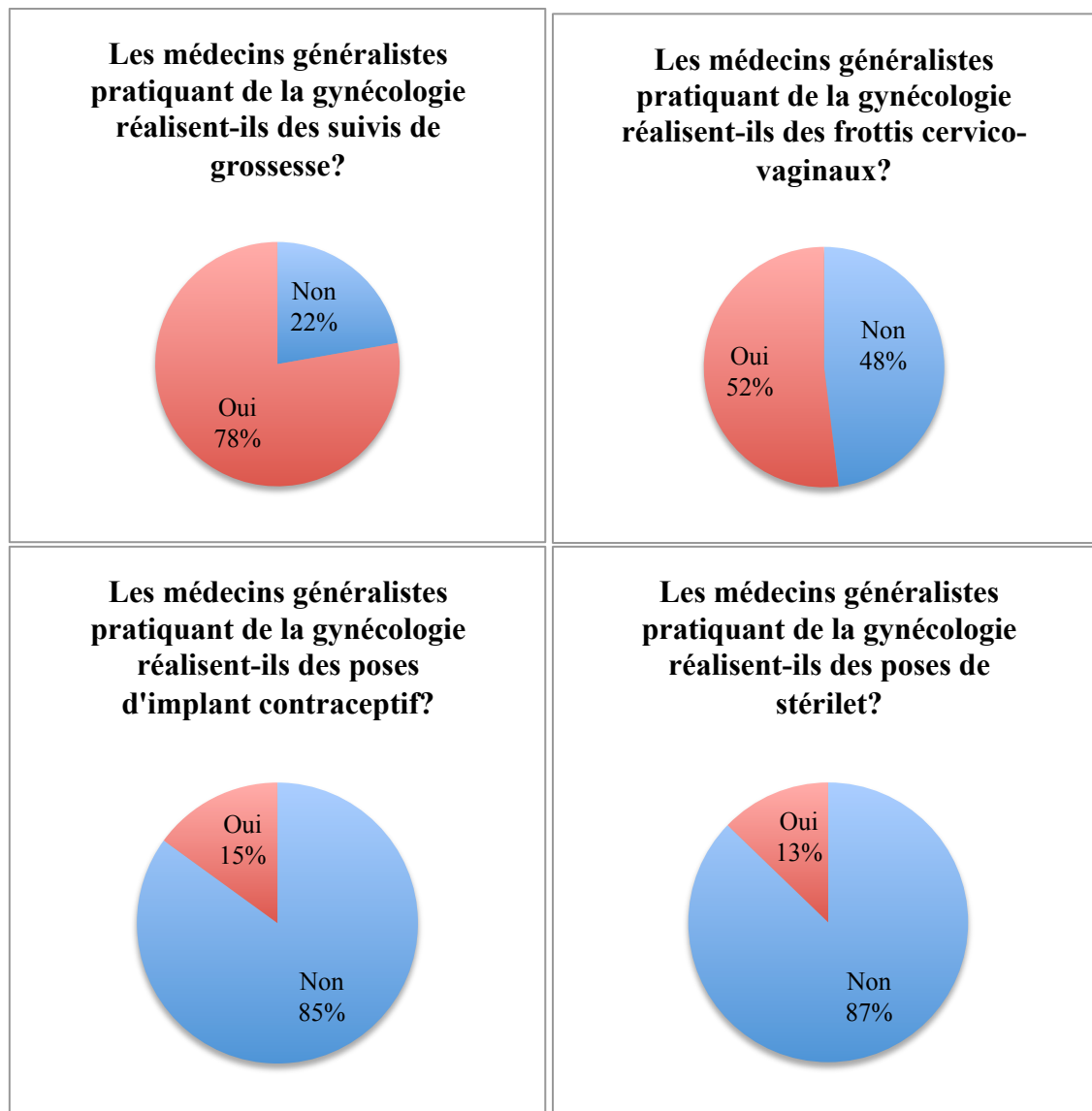


Figure 25 : Actes de gynécologie pratiqués par les médecins généralistes ayant une activité de gynécologie

Ces taux sont donc plus faibles lorsqu'ils sont rapportés à la totalité des médecins généralistes interrogés ayant répondu à la question concernant la pratique d'actes gynécologiques:

- 24,4% réalisent des frottis cervico-vaginaux (187/765) ;
- 36,6% suivent des grossesses (280/765);
- 7,1% posent des implants contraceptifs sous-cutanés (54/765);
- 6,0% posent des stérilets (46/765).

4) Prévion d'activité future des médecins généralistes ayant une activité de gynécologie

Six pour cent (soit 21) des médecins généralistes ayant une activité de gynécologie prévoient une cessation d'activité en 2015, 21% (soit 72) la prévoient pour 2018. Un pour cent (soit 4) d'entre eux prévoient une cessation d'activité à Paris en 2015 et 9% (soit 32) une diminution d'activité de plus de 25%.

Seulement 11% (soit 38) des médecins généralistes ayant une activité de gynécologie prévoient une augmentation de leur activité, que ce soit en 2015 ou en 2018.

Au total, en 2018, il y aurait une diminution de 27% du nombre de médecins généralistes pratiquant la gynécologie.

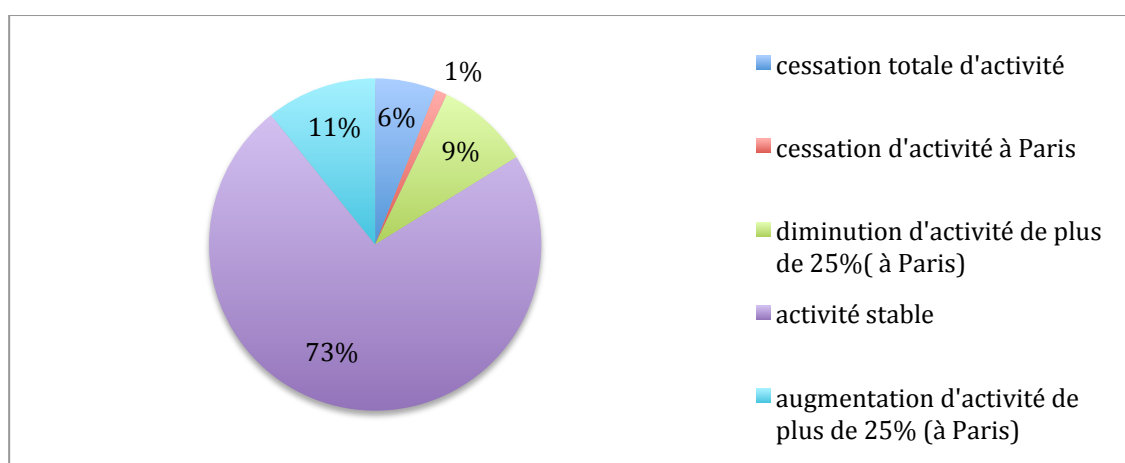


Figure 26 : Evolution de l'activité dans 2 ans des médecins généralistes pratiquant de la gynécologie

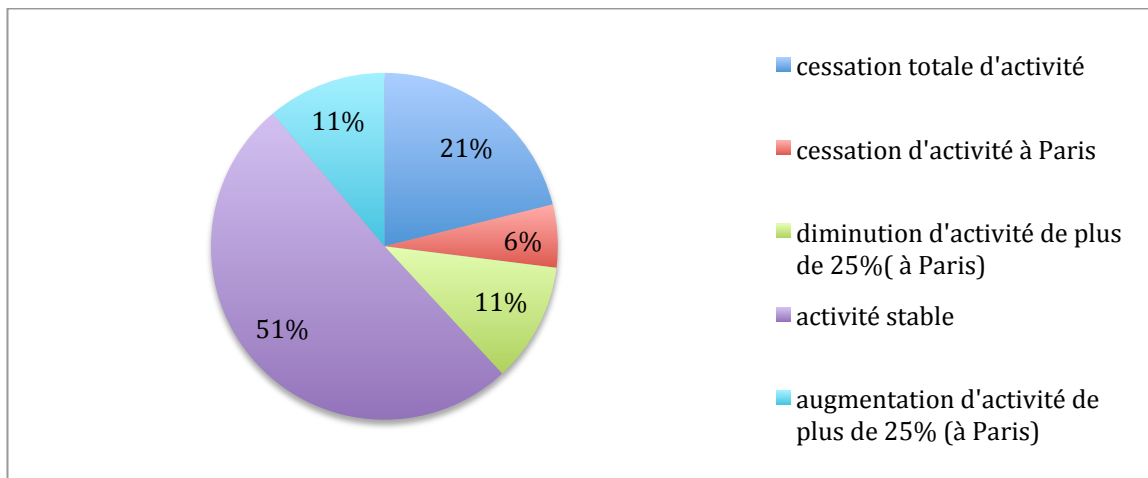


Figure 27 : Evolution de l'activité dans 5 ans des médecins généralistes pratiquant de la gynécologie

B) ENQUETE AUPRES DES GYNECOLOGUES LIBERAUX

1) Taux de réponse

Vingt-et-un pour cent des gynécologues interrogés, soit 115, ont répondu à l'enquête.

Les taux de participation ont été très variables en fonction des arrondissements.

Tableau 2 : Répartition par arrondissement des gynécologues répondants

Arrondissement	Nombre de gynécologues ayant répondu à l'enquête	Taux de réponse (%)
1	2	25
2	1	16,7
3	2	25
4	1	16,7
5	5	23,8
6	2	9,1
7	8	23,5
8	7	13,7
9	3	15
10	1	16,7
11	5	17,9
12	4	13,8
13	6	25
14	17	41,5
15	9	17
16	13	14,4
17	12	20,7
18	8	66,7
19	4	36,4
20	5	33,3
Total	115	21

2) Caractéristiques des gynécologues libéraux :

a) **Caractéristiques sociodémographiques**

Les gynécologues ont en moyenne 59,7 ans. Ceux de sexe féminin ont en moyenne 59,3 ans, ceux de sexe masculin 60,9 ans.

Comme pour les médecins généralistes, la classe d'âge des 50 à 60 ans est la plus nombreuse.

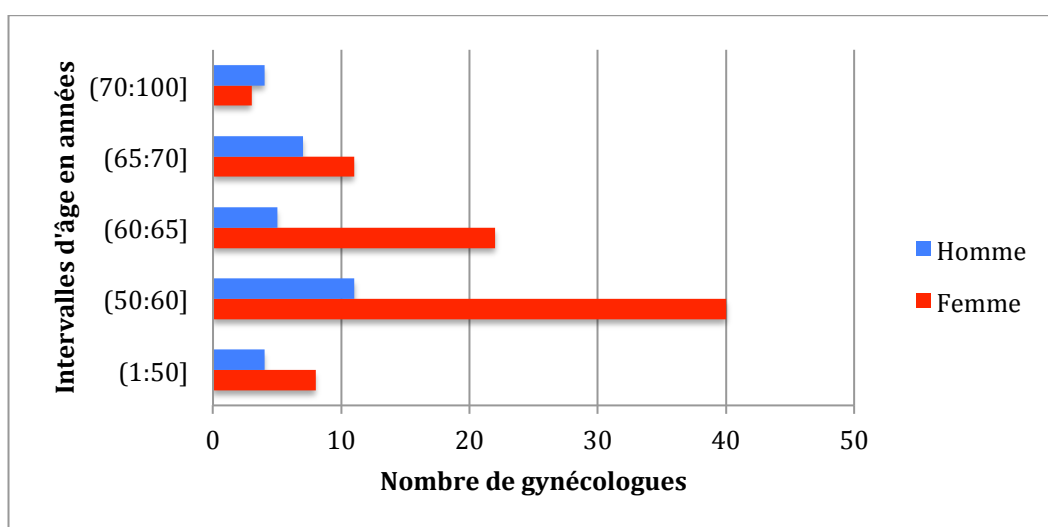


Figure 28 : Répartition par sexe et intervalles d'âge des gynécologues

Soixante-treize pour cent (soit 84 sur 115) des gynécologues libéraux sont des femmes.

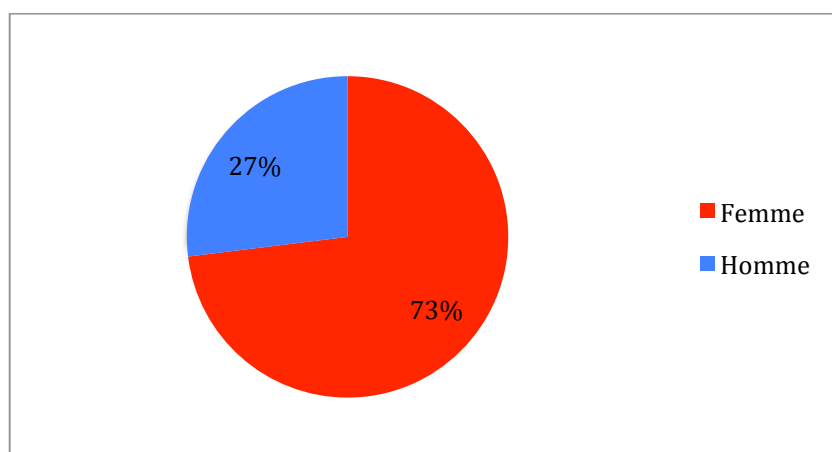


Figure 29 : Répartition par sexe des gynécologues

b) Secteur d'activité et accessibilité financière aux soins

Quatre-vingt trois pour cents des gynécologues ayant répondu à l'enquête déclarent une pratique du tiers payant pour les patients bénéficiant de l'AME, la CMUc, en ALD ou en situation financière difficile.

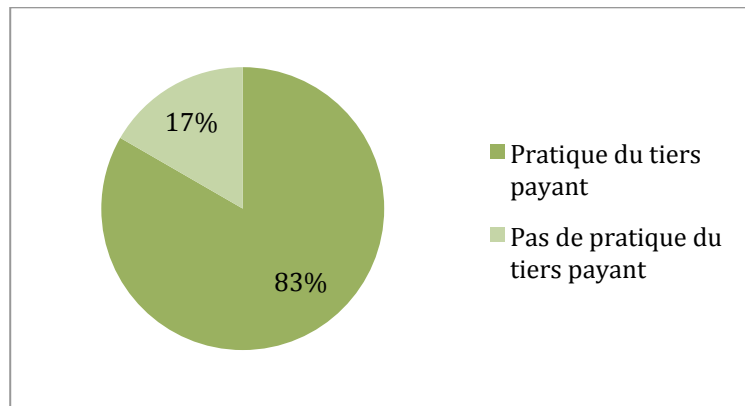


Figure 30 : Répartition des gynécologues selon la pratique du tiers payant

Seulement 14% des gynécologues répondants exercent une activité en secteur 1, la majorité, 83%, exerçant en secteur 2.

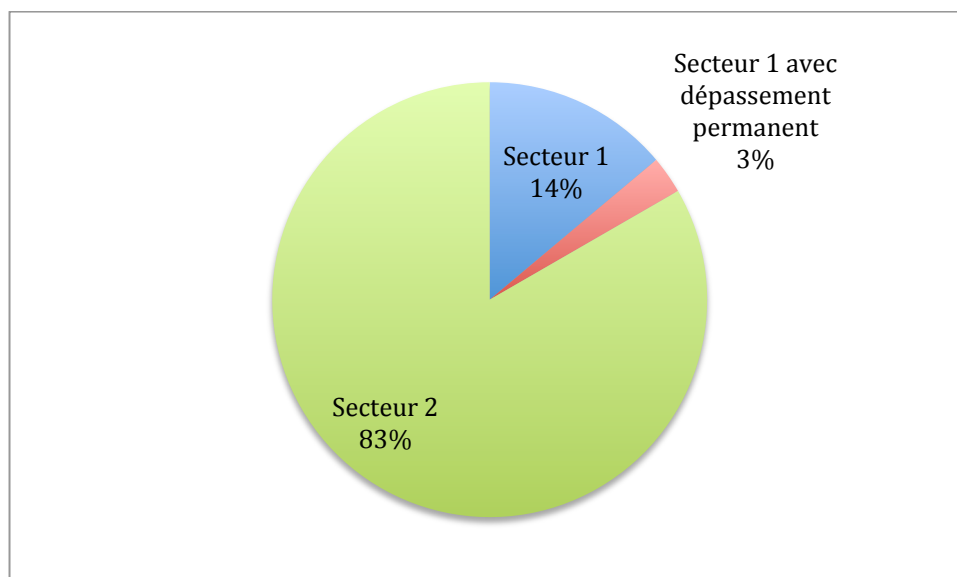


Figure 31 : Répartition des gynécologues selon leur secteur d'activité

3) Prévision d'activité dans 2 ans et 5 ans

Treize pour cent des gynécologues libéraux (15/115) prévoient une cessation d'activité en 2015, 37% (soit 42/115) la prévoient pour 2018.

Huit pour cent des gynécologues libéraux (9/115) prévoient une augmentation de leur activité en 2015 et 6% (7/115) seulement en 2018.

Au total, en 2018, il y aurait une diminution de 40% du nombre de gynécologues libéraux à Paris (45/115), et 17% des gynécologues prévoient une diminution de plus de 25% de leur activité libérale.

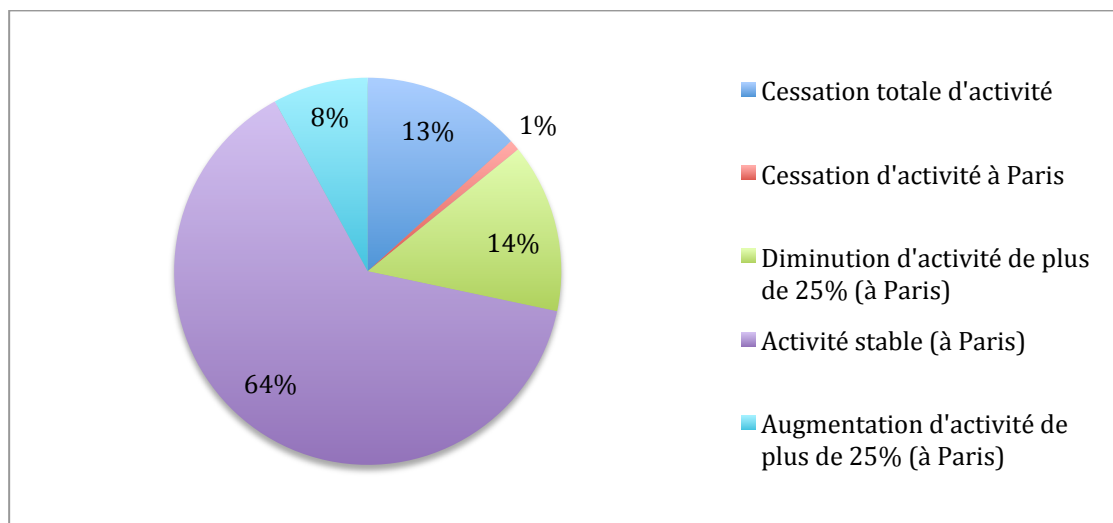


Figure 32 : Evolution de l'activité dans 2 ans des gynécologues

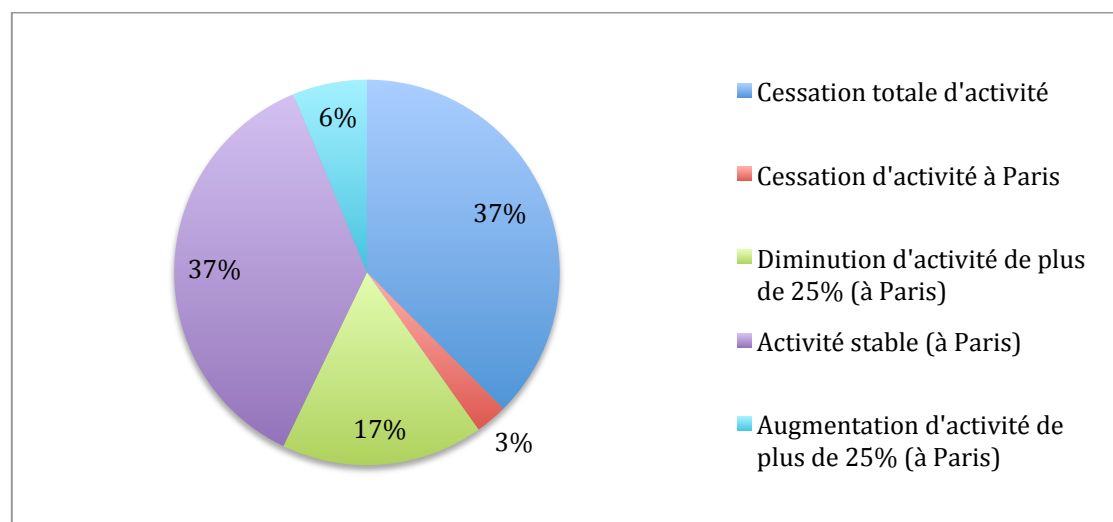


Figure 33 : Evolution de l'activité dans 5 ans des gynécologues

DISCUSSION

A) SYNTHÈSE DES RESULTATS

1) Caractéristiques des médecins généralistes pratiquant de la gynécologie

Quarante-sept pour cent des médecins généralistes ayant répondu à l'enquête DEMOMED 75 ont déclaré au moins une activité de gynécologie. Pour la majorité d'entre eux, 78%, il s'agissait du suivi de grossesse, de la réalisation de frottis cervico vaginaux pour la moitié. Seulement 15% des médecins généralistes pratiquant de la gynécologie posent des implants contraceptifs et 13% des stérilets.

Les médecins généralistes ayant une activité de gynécologie :

- ont en moyenne 51 ans pour les femmes, 56 ans pour les hommes ;
- sont majoritairement des femmes (51,9%) ;
- ont majoritairement un mode d'exercice en groupe ;
- sont majoritairement en secteur 1 et ont une pratique plus répandue du tiers payant ;
- ont des consultations plus courtes en moyenne que ceux ne pratiquant pas de gynécologie ;
- n'ont majoritairement pas de mode d'exercice particulier ;
- ont pour un tiers d'entre eux une activité de maîtrise de stage.

Le mode d'exercice libéral ou mixte, libéral et salarié, ne semble pas avoir d'influence sur la pratique de gynécologie.

Une diminution de 27% du nombre de médecins généralistes pratiquant de la gynécologie est prévue d'ici 2018.

2) Caractéristiques et évolution de l'activité des gynécologues dans 2 et 5 ans

Les gynécologues ayant une activité libérale ont en moyenne 59 ans pour les femmes, 60 ans pour les hommes. Ils sont pour la grande majorité d'entre eux, 83%, installés en secteur 2.

Une diminution de 40% du nombre de gynécologues libéraux parisiens est prévue d'ici 2018.

B) LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ETUDE

1) Participation

L'enquête DEMOMED 75 avait pour objectif l'analyse de l'offre de soins primaire libérale parisienne, constituée par les médecins généralistes, les gynécologues et les pédiatres libéraux.

Notre enquête avait du poids car elle était appuyée par plusieurs partenaires institutionnels travaillant de façon conjointe : l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Paris, la CPAM de Paris, la Mairie de Paris et le Réseau de Santé Paris Nord.

Dans un souci d'organisation pour le recueil des données, les questionnaires ont d'abord été envoyés par courrier aux médecins généralistes, puis quelques semaines plus tard aux pédiatres et gynécologues. Du fait de cet envoi tardif, les appels téléphoniques pour solliciter les pédiatres et les gynécologues ont été moins nombreux que chez les médecins généralistes. Faute de moyens et de temps, il n'y a pas eu de relance faite par courrier aux pédiatres et gynécologues, alors qu'il y en a eu deux faites aux médecins généralistes. Ceci explique en partie le taux de réponses des gynécologues de 21% contre 37% pour les médecins généralistes.

Par ailleurs, le taux de réponse inférieur à l'objectif initial de 50% est partiellement imputable à la période d'envoi qui a été choisie, en période de vacances d'été pour les médecins généralistes, et en septembre pour les gynécologues. Les médecins étaient soit absents en période de congés, soit débordés du fait de leur reprise d'activité chargée après leurs congés et de la rentrée.

Lors des entretiens téléphoniques, certains médecins refusaient catégoriquement de répondre au questionnaire. Ils évoquaient une lassitude à répondre aux enquêtes ou des questions qu'ils trouvaient trop personnelles dans l'enquête malgré l'anonymisation. D'autres médecins refusaient même de répondre à des enquêtes non rémunérées.

2) Représentativité de l'échantillon

En comparant notre échantillon aux données fournies par le site en ligne Ameli concernant les médecins libéraux, on remarque que les deux groupes ne sont pas aussi représentatifs.

En effet, si l'âge moyen des médecins est équivalent dans notre échantillon et les données Ameli (56 ans pour les médecins généralistes, 59 ans pour les gynécologues), les autres critères étudiés ne le sont pas.

Les proportions d'hommes et de femmes étaient comparables chez les médecins généralistes, mais pas chez les gynécologues, avec une sur-représentation des femmes (73%) dans notre échantillon par rapport aux données Ameli (59, 3%).

Il en est de même concernant la sectorisation. Les données étaient comparables pour les médecins généralistes, alors que les gynécologues en secteur 1 sont sur-représentés dans notre échantillon (17% contre 11,3% pour Ameli).

Tableau 3 : Comparatif des principales caractéristiques de notre échantillon et des médecins généralistes libéraux parisiens.

	Echantillon	Ameli (Paris) 2013
Hommes	60%	61,9%
Femmes	40%	38,1%
Secteur 1	61,4%	59,1%
Secteur 2	33,6%	34,4%
Age moyen	55,7ans	56 ans

Tableau 4 : Comparatif des principales caractéristiques de notre échantillon et des gynécologues libéraux parisiens.

	Echantillon	Ameli (Paris) 2013
Hommes	27%	40,7%
Femmes	73%	59,3%
Secteur 1	17%	11,3%
Secteur 2	83%	88,2%
Age moyen	59, 7ans	59ans

Ainsi malgré le taux de réponse de 37%, l'échantillon de médecins généralistes est représentatif de la population de médecins généralistes libéraux parisiens. En revanche l'échantillon de gynécologues de notre étude est moins représentatif de la population des gynécologues parisiens.

3) Autres biais

Biais de sélection :

Les médecins généralistes ont été considérés comme pratiquant de la gynécologie s'ils pratiquaient au moins un acte parmi quatre : suivi de grossesse, réalisation de FCU, pose de DIU et pose d'implant sous-cutané. Ces items ont été jugés discriminants pour évaluer la pratique de gynécologie d'un médecin généraliste, car ils sont habituellement et majoritairement réalisés par le gynécologue.

D'autres items majeurs de consultation gynécologique auraient pu être évalués car tout à fait réalisables par un médecin généraliste en premier recours, comme la contraception, l'IVG et la ménopause. La population de médecins généralistes considérée comme pratiquant de la gynécologie aurait donc été différente de notre échantillon si on les avait interrogés sur la pratique d'autres actes de gynécologie que ceux de notre enquête.

Par ailleurs on peut se demander si les médecins généralistes répondants sont justement plutôt ceux qui pratiquent de la gynécologie, ce qui a pu également biaiser nos résultats.

Biais de mesure :

Même si la plupart des caractéristiques étudiées dans cette thèse sont objectives (sociodémographie, pratique du tiers, sectorisation...), le devenir de l'activité clinique dans 2 à 5 ans est une question plutôt subjective. Les projections sont ainsi faites à partir de déclarations à un moment donné, pouvant donc être différentes par la suite.

Il faut noter également que les médecins généralistes n'ont pas été interrogés sur la fréquence de pratique d'actes gynécologiques. Ainsi nous ne pouvons pas quantifier la part réelle que représentent ces actes de gynécologie dans leur volume d'activité globale.

4) Activités de gynécologie non étudiées

Selon une enquête réalisée auprès des médecins généralistes en Bretagne en 2002, les actes de gynécologie représentent environ 10 % de l'activité totale des médecins généralistes (37). Ce taux a été confirmé par l'enquête réalisée en Ile-de-France en 2009 par Sabrina DIAS dans le cadre de sa thèse (38).

La prévention et le dépistage sont les premiers rôles spécifiques des médecins généralistes se reconnaissant dans le suivi des femmes (37). L'enquête réalisée en Bretagne souligne que les premiers motifs de consultation en gynécologie sont la contraception et le traitement hormonal substitutif (37).

Selon l'enquête EPILULE, les médecins généralistes prescrivent la contraception chez la moitié des femmes françaises. Quarante-cinq pour cent des initialisations de contraception orale et 58% des renouvellements de contraception orale sont réalisés par les médecins généralistes. Ils sont sollicités dans un tiers des cas pour le suivi de la contraception (29).

Depuis 2004, les IVG médicamenteuses peuvent être pratiquées en ville, dès lors que la grossesse n'excède pas cinq semaines, que l'acte est pratiqué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé une convention (7). Pourtant, d'après l'enquête IVG 2007 de la DREES, seulement 11% des médecins autorisés à pratiquer des IVG en ville sont des médecins généralistes (7).

Concernant la ménopause, DIAS avait constaté que la majorité des médecins interrogés (84%) prescrivait des THS, 58% instauraient et renouvelaient les THS (38). L'enquête réalisée par TEXIER dans le cadre de sa thèse auprès de 108 médecins généralistes des Midi-Pyrénées a montré que 63% d'entre eux se déclaraient intéressés par la réalisation d'une consultation dédiée à la ménopause. Le profil type du médecin intéressé par la réalisation de cette consultation était une femme de moins de 50 ans exerçant en groupe (39). Ce profil est similaire aux résultats de notre enquête.

C) COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE

- **Proportion de médecins généralistes pratiquant de la gynécologie**

Notre étude a retrouvé une pratique de gynécologie chez 47% des médecins généralistes. Ce taux est en fait une sous-évaluation de la réalité de la pratique gynécologique globale du médecin généraliste. En effet, la pratique de seulement quatre actes gynécologiques nous a fait classer les médecins généralistes comme pratiquant de la gynécologie.

Pour CHAMPEAUX, 96% des médecins généralistes interrogés déclaraient pratiquer de la gynécologie au sein de leur activité libérale (23). KIASSI retrouve dans son enquête 68,8% de médecins généralistes réalisant des consultations à orientation gynécologique (40).

- **Caractéristiques sociodémographiques**

Dans notre enquête, 51,9% des médecins généralistes pratiquant de la gynécologie étaient des femmes.

Ce résultat est confirmé par différentes études. Pour KIASSI, il y avait 54,8% de femmes parmi les médecins généralistes réalisant de la gynécologie (40). Dans l'enquête de DIAS, 79,8% des femmes avaient une activité de gynécologie à plus de 10% de leur activité globale ; en revanche la majorité des hommes, 81,6%, réalisaient moins de 10% d'actes de gynécologie sur la totalité de leur activité (38).

Malgré tout, pour CHAMPEAUX, il n'y avait pas de différence statistiquement significative du nombre d'actes de gynécologie selon le sexe du médecin (23).

- **Caractéristiques de la pratique**

Comme dans notre étude, pour LEVASSEUR, l'activité de gynécologie déclarée est significativement plus importante chez les généralistes installés en groupe (37).

Si, dans notre enquête, les médecins généralistes réalisant de la gynécologie sont majoritairement en secteur 1, pour DIAS, il n'y avait pas de différence significative d'activité de gynécologie en fonction de leur secteur d'activité (38).

- **La réalisation de frottis cervico utérin**

Concernant la réalisation des frottis cervico utérins, notre enquête a montré que la moitié des généralistes déclarant une activité de gynécologie, soit 36,6% de la totalité des généralistes, les réalisaient. Ce résultat est cohérent avec ceux retrouvés dans d'autres enquêtes, comme l'enquête barométrique INCa/ BVA de 2010, dans laquelle un médecin généraliste interrogé sur 2 déclare réaliser des frottis cervico utérins. D'après cette enquête, le profil type du médecin qui réalise lui-même le frottis de ses patientes est une femme (67%), de moins de 45 ans (57%), travaillant en cabinet de groupe (57 %), en milieu rural (67%) et ayant une patientèle importante (59%) (16). Ces résultats sont cohérents avec les caractéristiques des médecins généralistes pratiquant de la gynécologie dans notre enquête.

- **Le suivi de grossesse**

Dans l'enquête de DIAS, la majorité des médecins généralistes d'Ile-de-France (66,3%) acceptaient de suivre des grossesses (38). Dans notre enquête 36,6% des médecins généralistes interrogés suivaient des grossesses. Ceci peut être lié à la possibilité plus fréquente de suivi de grossesse spécialisé libéral ou en consultation hospitalière, des femmes enceintes parisiennes. Par ailleurs, YILDIZ a constaté dans son enquête que la majorité des femmes méconnaissaient la possibilité de suivi de grossesse par le médecin généraliste. Certaines femmes ayant un suivi gynécologique par leur médecin traitant ignoraient qu'il puisse également effectuer le suivi obstétrical (13).

- **La pose d'implant contraceptif**

D'après l'enquête de KIASSI réalisée en 2013 auprès de médecins généralistes de Seine Saint Denis dans le cadre d'une thèse, seuls 15% des médecins posaient des implants contraceptifs (40). Ce taux est supérieur à celui retrouvé dans notre enquête (7,1% de l'ensemble des médecins généralistes). La proportion de médecins généralistes posant des implants contraceptifs est en réalité variable selon les enquêtes et donc la population étudiée. Ainsi, pour CHAMPEAUX, dans le département des Deux-Sèvres, 47% des médecins généralistes interrogés déclaraient poser des implants contraceptifs (23) et pour CHAPUIS 31% des médecins généralistes interrogés savaient les poser (41).

- **La pose de dispositif intra-utérin**

Dans notre enquête, 6% des médecins généralistes posaient des DIU. Ce taux est également variable selon les enquêtes. Dans l'enquête de CHAMPEAUX, 35% des médecins généralistes interrogés posaient des DIU (23). Pour CHAPUIS, seulement 19% des médecins interrogés savaient les poser (41).

Ces taux d'actes de gynécologie pratiqués par les médecins généralistes parisiens globalement plus faibles que dans les études s'expliquent certainement par la densité de gynécologues parisiens plus importante que la moyenne nationale (voir page 29). Ainsi les patientes parisiennes peuvent plus aisément bénéficier de ces actes de gynécologie chez un gynécologue.

D) FACTEURS INFLUENÇANT LA PRATIQUE DE LA GYNECOLOGIE

D'après la littérature, divers facteurs influencent la pratique de gynécologie.

1) La formation

a) La formation universitaire

En France, la formation des médecins généralistes comporte trois cycles. Les deux premiers cycles constituent l'externat, pendant lequel tous les médecins sont réunis quelle que soit leur future spécialité. Le troisième cycle ou internat, auquel on accède après avoir validé l'Examen National Classant, est celui de la spécialisation.

Pendant son externat, un étudiant en médecine doit effectuer un stage de deux mois minimum dans un service de gynécologie obstétrique. Ce stage permet d'acquérir une expérience pratique de l'examen clinique gynécologique (touchers vaginaux, palpation mammaire, pose de spéculum, réalisation de frottis cervico-vaginaux...) et obstétrique (assister à des accouchements) et de consolider ses connaissances théoriques.

Après l'externat, l'étudiant de médecine ayant choisi la filière de médecine générale suit une formation de trois ans, le troisième cycle des études médicales.

L'étudiant devra valider 6 stages de six mois, dont 4 imposés (arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 octobre 1988) :

- la médecine adulte : polyvalente ou spécialisée ;
- la médecine d'urgence : en service d'urgences et/ou SAMU ;
- la gynécologie et/ou pédiatrie : un semestre dans l'une des deux spécialités ou si possible, un trimestre de chaque (les terrains de stage étant peu nombreux, cette dernière possibilité reste souvent impossible) ;
- la médecine en cabinet de médecine générale de ville agréé. Selon l'activité de son maître de stage, l'étudiant pourra avoir une pratique de la gynécologie.

Selon les facultés, la formation des étudiants en médecine générale peut varier, certaines offrant plus de formation pratique que d'autres. Ainsi, des ateliers divers sont proposés tels que l'apprentissage de la réalisation de frottis cervico-vaginaux, de la palpation mammaire...

L'étudiant de troisième cycle peut choisir, après validation des stages obligatoires, de réaliser un semestre en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). Cette formation se déroulant sur plusieurs lieux de stage différents, l'étudiant peut

donc à nouveau bénéficier d'une pratique complémentaire de gynécologie. Mais seul un tiers des étudiants en médecine générale peut en bénéficier actuellement.

b) Après le troisième cycle de médecine générale

Après leurs études universitaires de base, chaque étudiant peut, selon ses affinités, parfaire sa formation dans divers domaines. La formation en gynécologie-obstétrique peut ainsi être complétée par le biais de diplômes universitaires de gynécologie obstétrique ouverts aux médecins généralistes (cours théoriques et vacations hospitalières). Ces diplômes, sont l'occasion de réaliser ou de parfaire des gestes techniques non acquis pendant leur cursus général, voire d'explorer des sujets de façon plus spécialisée.

Malheureusement la possession de ces diplômes ne fait pas partie des titres et mentions autorisées sur les plaques et ordonnances par l'ordre national des médecins (42). Les patientes n'ont donc pas toujours connaissance de la compétence en gynécologie de leur médecin généraliste, avec ou sans diplôme universitaire complémentaire.

Enfin, tout au long de leur activité professionnelle, les médecins généralistes peuvent bénéficier de Formation Médicale Continue leur permettant d'approfondir et mettre à jour leurs connaissances et leur pratique.

c) La formation aux gestes techniques de gynécologie en médecine générale

- **L'examen clinique**

La formation aux gestes techniques de gynécologie des médecins généralistes est donc faite tout au long de leurs études médicales et même après. La pose de spéculum et le toucher vaginal sont des gestes essentiels à l'examen gynécologique d'une patiente. Leur pratique est nécessaire pour divers items de consultation gynécologique tels que le suivi de grossesse, le dépistage d'infections, la réalisation des frottis cervico utérins, la pose de dispositifs intra utérins ...

Dans l'enquête de DIAS, 27,1% des médecins généralistes réalisant peu ou pas de gynécologie évoquaient un manque de formation (38).

D'après l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes de Bretagne(37), près de 9 médecins sur 10 posent des spéculums. Pourtant seuls 8 médecins sur 10 disent avoir une bonne maîtrise de ce geste. Les médecins qui pratiquent le mieux ce geste sont ceux qui réalisent plus souvent des actes de gynécologie. Les médecins qui posent sans problème un spéculum effectuent en moyenne 12,5 actes de gynécologie par semaine (7 pour ceux qui estiment ne pas avoir une bonne maîtrise).

Toujours d'après cette enquête, 9 généralistes sur 10 examinent les seins de leur patiente mais seuls 6 sur 10 pensent le faire correctement (37).

Soixante-quinze pour cent des médecins interrogés dans l'enquête réalisent des touchers vaginaux, mais pour 40 % d'entre eux ce geste pose problème sans que l'on puisse dire s'il s'agit de réticences du médecin, de la patiente, ou de difficultés d'interprétation (37).

Dans cette enquête, il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes concernant l'auto-évaluation de leurs gestes (37).

On peut donc estimer que tous les médecins généralistes ne sont pas égaux quant à la formation en gynécologie. Il ne s'agit pas seulement d'inégalités liées à des formations initiales différentes ; ces inégalités s'expliquent aussi par un intérêt plus ou moins important pour la gynécologie dans leur pratique. En effet, on peut imaginer que certains médecins généralistes hommes soient plus réticents à pratiquer de la gynécologie que les médecins généralistes femmes. Ceci se reflète dans les résultats de notre enquête (Figure 9.2).

- **Les gestes techniques**

Selon l'enquête Fecond en 2010, seulement 29% des médecins généralistes se considèrent bien formés à **la pose des dispositifs intra utérins**, contre 98 % des gynécologues (3).

La pose d'implant contraceptif nécessite également une formation minimale. En Seine Saint Denis, en 2013, 45,5% des médecins généralistes déclaraient vouloir se former à la pose (40).

Ce manque de formation à la pose de dispositifs intra utérins et d'implants contraceptifs peut expliquer la faible proportion de médecins pratiquant ces actes retrouvée dans notre étude.

Pour un dépistage du cancer du col de l'utérus de bonne qualité, plusieurs conditions sont nécessaires lors de la **réalisation d'un frottis cervico utérin** :

- la qualité technique du prélèvement effectué dans de bonnes conditions (en dehors des menstruations et d'une infection) avec utilisation d'un matériel adéquat (cytobrush, spatule d'Ayre, solution pour frottis en milieu liquide) ;

- l'utilisation d'une classification validée par le laboratoire d'anatomopathologie : système Bethesda recommandé ;

- l'évaluation de la qualité du prélèvement par le laboratoire (« prélèvement satisfaisant/non satisfaisant »), permettant au praticien de s'auto-évaluer, d'améliorer sa technique de prélèvement et de ne pas interpréter des résultats de frottis réalisés de mauvaise qualité ;

- la bonne interprétation des résultats, pour assurer un suivi et une orientation adéquats des patientes (14).

La réalisation des frottis cervico-utérins par le médecin généraliste nécessite donc qu'il ait une formation minimale mais surtout du matériel adéquat et qu'il connaisse un bon laboratoire d'anatomopathologie.

En outre, dans une enquête réalisée auprès des médecins généralistes lorrains en 2009, on a constaté que 98% des frottis cervico utérins réalisés par les médecins généralistes sont de bonne qualité (43). Ceci nous indique que les médecins généralistes réalisant des frottis cervico utérins sont plutôt bien formés.

Pourtant, d'après l'étude du CRISAP Île-de-France, 96 % des prélèvements en Île-de-France étaient effectués par des gynécologues et 4 % seulement par des généralistes (16).

d) La qualité de la pratique gynécologique des médecins généraliste

Les médecins généralistes suivent généralement mieux les recommandations que les spécialistes. La prescription du traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS) et celle de la pilule de troisième génération en sont des exemples.

En effet, depuis 2002, deux grandes études épidémiologiques anglo-saxonnes, l'étude WHI (Women Health Initiative) et l'étude MWS (Million Women Study) ont remis en question le traitement hormonal substitutif de la ménopause. Devant une balance bénéfique/risque jugée défavorable au-delà de cinq ans d'utilisation, l'HAS avait émis, en décembre 2003, des recommandations restreignant les indications de ce traitement. Une étude s'est intéressée à l'impact de ces événements sur la prescription du THS et a interrogé des médecins généralistes et gynécologues du Nord-Pas-de-Calais pour tenter d'apprécier le changement d'attitude par rapport à la période précédant ces études.

Près de 90 % des médecins ont estimé avoir modifié leur stratégie thérapeutique, principalement suite aux recommandations de l'HAS. On observe une diminution des prescriptions de THS pour 87,62 % des gynécologues et 92,79 % des généralistes. Celle-ci est plus marquée chez les généralistes dont 62,2 % estiment que leurs prescriptions de THS ont baissé de plus de 50 % depuis 2002 (44).

Concernant la pilule de troisième génération, si les recommandations de l'HAS de décembre 2004 ne précisait pas que la prise de pilule de troisième génération était associée à une augmentation du risque thrombo-embolique, la Commission de la transparence de la HAS a pris en compte les nouvelles données sur leur tolérance dès 2007.

«Compte tenu de l'augmentation du risque de survenue d'accidents thromboemboliques veineux et d'accidents vasculaires cérébraux ischémiques associée aux contraceptifs oraux de 3^{ème} génération, de l'absence d'étude prospective comparative permettant d'évaluer le bénéfice apporté par les contraceptifs oraux de 3^{ème} génération versus les contraceptifs oraux de 2^{ème} génération, la Commission de la transparence considère que les contraceptifs oraux de 3^{ème} génération n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu par rapport aux contraceptifs oraux de 2^{ème} génération. » (45).

La Commission de la transparence a alors situé les contraceptifs oraux de 3^{ème} génération en deuxième intention après les contraceptifs oraux de 2^{ème} génération.

Suite à ces données, et aux mises en garde sur les pilules de 3^{ème} génération publiées dans la revue *Prescrire*, les médecins généralistes ont modifié leur prescription de contraception orale, en prescrivant en première intention des contraceptifs oraux de 2^{ème} génération. En revanche les pilules de 3^{ème} génération, dont les ventes ont diminué, restent majoritairement prescrites par les gynécologues (45).

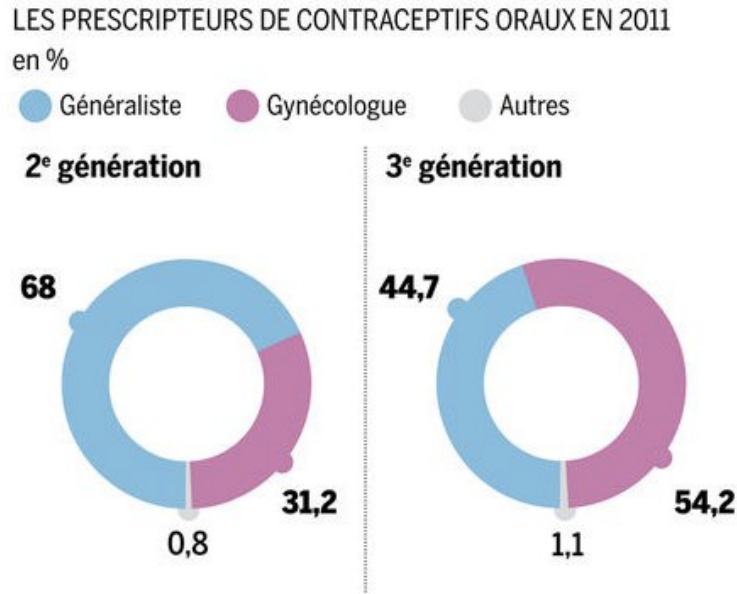


Figure 34: Les prescripteurs de contraceptifs oraux en 2011 selon les données de l’HAS
(45)

2) Le temps dédié en consultation

La consultation gynécologique est une consultation à part entière. Or il n’est pas rare en médecine générale que les patientes consultent avec des motifs multiples. Rajouter le suivi gynécologique et son examen clinique spécifique peut rallonger de façon considérable la consultation. Cela peut freiner certains médecins à proposer un suivi gynécologique à leurs patientes. Dans l’enquête de LEVASSEUR, la gestion simultanée de plusieurs motifs de recours est la principale difficulté signalée par les médecins généralistes dans leur pratique de la gynécologie (64,5%) (37). Le manque de temps est également évoqué chez les médecins généralistes pratiquant peu ou pas de gynécologie (30,5% d’entre eux) dans l’enquête de DIAS (38).

Le médecin généraliste souhaitant faire de la gynécologie devrait donc prévoir une consultation centrée sur le motif gynécologique, réorganiser son temps de travail et éduquer les patientes à ne consulter que pour cela, comme elles le font lorsqu’elles vont chez le gynécologue.

Les données issues du Baromètre Santé médecins généralistes 2009, publié par l’INPES, ont montré que le champ de la vie affective et sexuelle restait le plus compliqué à aborder pour les professionnels. Faute de temps et de formation, le rôle d’écoute des attentes de la patiente et d’information sur les différentes méthodes de contraception et les alternatives

en cas d'oubli ou d'échec, n'avait parfois pas une place suffisante dans le système de prescription actuelle. D'où l'intérêt de la consultation dédiée à la contraception chez la jeune femme, consultation qui peut être assurée par le médecin traitant (2).

Pour autant, dans notre enquête on retrouve que les médecins généralistes ayant une activité de gynécologie, ont une durée moyenne de consultation plus courte que ceux n'en ayant pas. Il s'agirait donc plutôt d'une question d'organisation que de temps dédié à la pratique de gynécologie. On peut imaginer que l'absence de mode d'exercice particulier et l'exercice en groupe que l'on retrouve dans les caractéristiques des médecins pratiquant de la gynécologie, libère plus de temps pour celle-ci (présence d'un secrétariat, temps dédié médical plus important...).

Par ailleurs, l'organisation en cabinet de groupe favoriserait la pratique de gynécologie d'après les résultats de notre étude. On peut imaginer que ce mode d'organisation permet des plages horaires de consultations plus importantes ou des créneaux pour les consultations non programmées. Cela permet aux femmes d'avoir rapidement un rendez-vous pour un motif gynécologique « urgent ».

3) La demande

- **Proximité d'un gynécologue**

Dans notre enquête, on remarque en effet que les médecins généralistes pratiquant de la gynécologie sont plus nombreux dans les arrondissements sous dotés en gynécologues. Ainsi, dans le 18^{ème} arrondissement où il n'y a que 0,6 gynécologue pour 10 000 habitants (contre 2,4 pour 10 000 en moyenne à Paris selon les données de la CPAM), notre étude retrouve que 100% de médecins généralistes interrogés réalisent des actes de gynécologie (Tableau 1). A l'inverse dans le 8^{ème} arrondissement, avec ses 12,7 gynécologues pour 10 000 habitants, notre étude ne retrouve que 16% de médecins généralistes pratiquant de la gynécologie. Cette constatation a été confirmée par l'enquête de DIAS, 72,6% des médecins généralistes pratiquant peu ou pas de gynécologie le justifiait par la proximité de gynécologues de leur cabinet (38). Pour CHAMPEAUX, 46,7% des médecins généralistes interrogés évoquaient la présence de gynécologue à proximité comme un des freins à leur pratique de gynécologie (23).

- **Réticences des patientes**

Comme on l'a vu plus haut (page 18), la consultation de gynécologie par le spécialiste est encore ancrée chez les patientes.

Dans l'enquête de CHAMPEAUX, 59,8% des médecins généralistes interrogés évoquaient la réticence des patientes comme étant un frein à la pratique de gynécologie (23).

D'une façon générale, les femmes jugent le gynécologue plus spécialisé et plus compétent pour assurer leur suivi gynécologie. Elles ont une certaine pudeur à évoquer d'elles-mêmes leur santé gynécologique avec le médecin généraliste, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un homme (23).

Pourtant, plusieurs études montrent qu'il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre le sexe du médecin généraliste et le médecin consulté pour le suivi gynécologique. Dans sa thèse, CRETIN-BEN HAYOUN a montré que le fait que leur médecin généraliste soit une femme n'incite pas plus les patientes à s'adresser à elle pour leur suivi gynécologique (46).

Par contre, elles peuvent préférer avoir un autre interlocuteur pour évoquer ce qui touche à leur intimité. D'autant plus lorsque leur médecin généraliste est celui qui les suit depuis leur enfance, pouvant parfois représenter une figure paternelle ou maternelle. Ainsi, les femmes qui ne se sentent pas à l'aise avec leur médecin généraliste pour aborder les problématiques gynécologiques se font plus suivre par leur gynécologue (46).

Pour ORA, la seule motivation des femmes interrogées à le consulter en premier serait l'urgence de la demande et l'indisponibilité du spécialiste (22).

Il faut noter que les patientes déclarent qu'elles ne seraient pas gênées que le médecin généraliste les examine (22). Les femmes suivies gynécologiquement par leur médecin traitant sont motivées par la confiance et l'accessibilité aux consultations (23).

En revanche, il faut signaler que la compétence en gynécologie de leur médecin généraliste est peu connue des patientes, ceci a été montré dans plusieurs études. Dans la thèse de CRETIN-BEN HAYOUN, deux tiers des femmes interrogées ignorent si leur médecin généraliste réalise des consultations de gynécologie (46). Il n'est donc pas surprenant que ces femmes s'adressent à des gynécologues, si elles n'ont pas la connaissance des compétences de leur médecin généraliste, et si ce dernier ne leur propose pas le suivi gynécologique.

- **L'accessibilité financière**

Pour les patientes en situation précaire, on peut penser que la consultation chez le médecin généraliste pratiquant de la gynécologie, le plus souvent installé en secteur 1 (73% selon notre enquête) est plus accessible qu'un gynécologue libéral (11,3% en secteur 1 selon Ameli).

Pourtant, d'après l'enquête d'ORA, la couverture santé, la catégorie socio-professionnelle et l'existence d'un dépassement d'honoraires ne sont pas des facteurs influençant l'orientation des femmes vers le gynécologue ou le médecin généraliste (22).

4) La rentabilité

La consultation d'un médecin généraliste en secteur 1 s'élève à 23 euros. Quelques actes de gynécologie sont cotés par l'Assurance Maladie au cabinet de médecine générale: il s'agit du prélèvement cervico-vaginal (pour frottis) rémunéré à 6,23 euros (50% du tarif de base si cumulé au tarif de la consultation), la pose ou le changement de dispositif intra-utérin rémunérés à 38,40 euros et la pose d'implants contraceptifs sous-cutanés rémunérée à 41,80 euros (47). En dehors de ces actes, aucune cotation n'a été prévue. La consultation d'un spécialiste gynécologue en secteur 1 s'élève à 28 euros selon les tarifs applicables au 8 décembre 2013. Mais en 2010, 49% des gynécologues médicaux réalisaient des dépassements (en secteur 2 ou en dépassement permanent sur secteur 1) contre 11% seulement des généralistes (48).

Si la pose de dispositif intra-utérin et d'implant contraceptif est plutôt bien rémunérée, la réalisation d'un frottis cervico-utérin l'est finalement peu, au vu du coût du spéculum (un euro environ) et du temps de consultation rallongé pour une consultation gynécologique.

Une revalorisation de cet acte ou une rémunération spécifique dans le cadre de la ROSP pourrait être une motivation supplémentaire à la réalisation des frottis cervico-utérins par le médecin généraliste. Cette demande de revalorisation du fait notamment du temps plus important nécessaire à la réalisation d'actes gynécologiques est ressorti dans diverses enquêtes, comme celle de DIAS (38).

Par ailleurs, on pourrait penser que les généralistes réalisant le plus d'actes de gynécologie seraient ceux qui exercent en secteur 2 non conventionné, mais dans notre enquête, on retrouve une activité de gynécologie obstétrique plus importante chez les médecins en secteur 1. On peut donc penser qu'une consultation gynécologique chez le médecin généraliste en secteur 1 à 23 euros pourrait mériter une revalorisation au vu du prix de la consultation gynécologique chez le spécialiste, généralement en secteur 2.

5) L'intérêt pour les actes de gynécologie

Dans l'enquête barométrique INCa/ BVA de 2010, lorsque l'on demande aux généralistes, réalisant des frottis, les raisons pour lesquelles ils réalisent cet acte, la question de l'accessibilité à un gynécologue pour leur patiente est citée par 21% d'entre eux. La raison principale rapportée par ces médecins généralistes (52% d'entre eux) est que « réaliser cet acte fait partie de son rôle » (16).

Pour les médecins ne réalisant pas de frottis, la question de l'orientation vers un confrère effectuant cet acte a été posée : ils adressent à un gynécologue (63% des cas), à un laboratoire d'analyse (26%) ou à un confrère généraliste (5%). Sur la question de l'orientation, les médecins généralistes de la région parisienne présentent une particularité : près de la moitié d'entre eux (48 %) déclarent orienter leurs patientes vers un laboratoire d'analyse (16). Ceci est également un phénomène pouvant expliquer le faible taux de médecins généralistes parisiens réalisant des FCU retrouvé dans notre étude.

L'aspect juridique peut également être un frein à la pratique d'actes gynécologiques. Les contraintes médico-légales et l'absence d'assurance ont en effet été évoquées comme des raisons expliquant leur faible activité de gynécologie chez certains médecins généralistes pour DIAS (38). Pour CHAMPEAUX, 14,1% des médecins généralistes évoquaient comme frein à leur pratique gynécologique le risque de poursuite judiciaire pouvant en particulier se présenter suite à la pratique de gestes techniques comme la pose de DIU ou d'implants contraceptifs (23).

Enfin, par manque d'intérêt pour cette pratique, certains médecins généralistes ne sont tout simplement pas équipés pour faire de la gynécologie. Le matériel d'examen

gynécologique (table d'examen, speculums, matériel pour pose de DIU...) a un certain coût que les médecins généralistes ne sont pas toujours prêts à payer. Dans l'enquête de CHAMPEAUX, 27% des médecins généralistes évoquaient le manque d'équipement comme étant un frein à leur pratique gynécologique (23).

E) LE SUIVI DE GROSSESSE PAR LE MEDECIN GENERALISTE : LES RESEAUX DE PERINATALITE

Selon l'HAS, il est recommandé (accord professionnel) que les médecins généralistes comme tous les professionnels impliqués dans le suivi des grossesses bénéficient d'une formation théorique et pratique adaptées et qu'ils exercent dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et, selon les possibilités locales, dans un réseau de périnatalité (12).

Le travail en réseau permet de proposer un accompagnement cohérent aux femmes enceintes et d'assurer la continuité des soins et une meilleure qualité de suivi, en améliorant les échanges entre professionnels. Il permet d'apporter des réponses aux difficultés médicales mais aussi sociales ou psychologiques de la femme et de son conjoint, et d'éviter les interventions parallèles et non concertées de différents professionnels.

Par ailleurs, s'ouvrir aux autres acteurs permet aux professionnels de se former, d'être plus efficaces mais aussi moins isolés, de lutter contre leur propre épuisement professionnel, de prendre du recul.

Deux formes de réseaux se complètent et s'articulent afin de permettre une prise en charge en toute sécurité, physique mais aussi psychique et sociale, de la femme enceinte, du couple et du bébé.

• Les réseaux régionaux, dits réseaux interétablissements

Depuis les décrets de 1998, ils organisent les transferts des femmes enceintes et/ou des enfants (en favorisant les transferts in utero) entre les maternités de types 1, 2 et 3, en fonction des risques maternels ou fœtaux, afin que la prise en charge soit effective dans le niveau approprié. Depuis 2006, ces réseaux ont vocation à favoriser l'organisation de la prise en charge en amont et en aval de la naissance.

• **Les réseaux de santé de proximité**

Ils organisent l'accompagnement des patientes, des couples, sur un territoire défini géographiquement (d'un département à quelques cantons), autour d'une ou plusieurs structures, en amont et en aval de la naissance, en s'appuyant sur l'organisation interétablissements. Ils mettent en lien l'ensemble des professionnels des champs sanitaires, sociaux et psychologiques, qu'ils soient libéraux, hospitaliers ou territoriaux. Cela permet un réel maillage des professionnels sur un même territoire, au bénéfice des patients.

Là où les réseaux formalisés de santé de proximité en périnatalité n'existent pas, chaque professionnel doit alors identifier l'ensemble des professionnels qui peuvent l'aider dans le suivi périnatal pour potentialiser toutes ses possibilités d'accompagnement : médecin traitant, sage-femme, gynécologue, pharmacien, mais aussi assistante sociale, conseillère en économie sociale et familiale, équipes psychiatriques et pédopsychiatriques, personnels de PMI, etc.(49).

Un des objectifs du plan « Périnatalité » 2005-2007 était de créer et développer des réseaux de santé de proximité ville/PMI/hôpital. Le but était d'améliorer la qualité de la prise en charge de la patiente et de son enfant et de garantir un meilleur accès aux soins, en orientant la femme enceinte vers le lieu le mieux adapté à sa surveillance et en prenant en charge de façon adaptée la grossesse en cas de situation pathologique ou de risque psychosocial (50).

Le développement de ces réseaux de périnatalité, permettra donc aux médecins généralistes d'assurer un suivi de grossesse de qualité, en ayant l'assurance d'une prise en charge rapide et efficace en cas d'apparition de complications, cela pouvant aller jusqu'au terme de la grossesse.

F) LA FEMINISATION DE LA PROFESSION MEDICALE

Les résultats de notre étude confirment la féminisation de la profession médicale (Figure 7).

Etant donnée la féminisation des études de médecine (60 % d'étudiantes sur les bancs de la Faculté), les femmes médecins seront majoritaires en 2022. Les femmes se tournent plus vers le salariat : elles exercent d'avantage en tant que salariées que les hommes (51).

En France, d'après une enquête ministérielle de mars 2012, les femmes médecins généralistes françaises effectuent en moyenne 4 150 consultations et visites par an, soit 24 % de moins que leurs confrères hommes, et travaillent 6 heures de moins par semaine (53 heures). En revanche, la durée de leur consultation est plus longue et leur façon d'aborder les patients est différente, assurant une prise en charge plus globale. Les femmes aspirent à un équilibre entre vie professionnelle et personnelle, mais cela n'est plus l'apanage des femmes, cet équilibre étant également souhaité par leurs confrères masculins (51).

La féminisation des professions médicales va donc certainement entraîner une modification des pratiques.

G) L'OFFRE DE SOINS GYNECOLOGIQUES HORS MEDECINE GENERALE A VENIR

1) Le DES de gynécologie médicale : évolution des effectifs à l'internat

En 1986, dans un but de réduction des dépenses de santé, la filière de la gynécologie médicale, qualifiée de « spécialité inutile et fort coûteuse », disparaît sur décision ministérielle (52).

Après 17 ans de suppression de la spécialité, grâce entre autres à la mobilisation du Comité de Défense de la Gynécologie Médicale, s'appuyant sur les 3 millions de signataires de la pétition « Touche pas à mon gynéco », la formation a été rétablie en février 2003, avec la création du diplôme spécifique de gynécologie médicale (33).

Les bénéfices pour la santé des femmes de cette spécialité propre à la France ne sont plus à démontrer. En effet, en France, le nombre de cancers du col de l'utérus a été divisé par 4 en 20 ans, et les femmes sont seulement 6,7% à avoir subi une ablation de l'utérus à 50 ans, contre 40% aux Etats-Unis, 20 à 30% dans le reste de l'Europe (33).

Pourtant, les faits montrent que les gynécologues médicaux sont de moins en moins nombreux.

Depuis 2003, seulement 20 à 30 postes d'internes en gynécologie médicale étaient attribués chaque année.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a chiffré une diminution considérable des gynécologues médicaux en exercice : près de 500 entre 2008 et 2013, soit plus du quart de l'effectif. En conséquence, le Ministère de la Santé a progressivement augmenté le nombre de postes d'internes en gynécologie médicale depuis 2013. Ainsi en 2015, ce sont 68 nouveaux gynécologues médicaux qui vont être formés.

Malheureusement, cette augmentation tardive des effectifs d'internes spécialisés en gynécologie médicale risque de ne pas suffire à combler le manque de gynécologues médicaux libéraux en exercice dans les années à venir, suite au départ en retraite de toute une génération de médecins.

Notre étude prévoit une diminution de 40% des effectifs de gynécologues libéraux parisiens d'ici 2018. Si on rapporte ce taux à la totalité de la population parisienne des gynécologues libéraux incluse dans notre enquête (soit 543), cela représente 217 gynécologues en moins à Paris d'ici 2018. Il n'est pas certain que ces départs seront comblés par la génération de gynécologues libéraux à venir.

2) Rôle des sages-femmes

Les sages-femmes exercent majoritairement à l'hôpital, mais on constate que le secteur libéral est en expansion, avec une hausse de 7% par an entre 2000 et 2010. En 2030, une sage-femme sur trois devrait exercer en libéral. Ainsi, du fait d'une diminution annoncée du nombre de gynécologues obstétriciens entre 2011 et 2020 et du renforcement de leur rôle de premier recours auprès des femmes, leur activité pourrait évoluer malgré une baisse du nombre de naissances par sage-femme et par an (53).

Comme nous l'avons vu plus haut (page 19), les compétences attribuées aux sages-femmes en gynécologie sont nombreuses et elles peuvent assurer des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention en dehors de la périnatalité, sous réserve d'adresser la patiente à un médecin en cas de situation pathologique.

Dans le cadre de leurs compétences, les sages-femmes peuvent ainsi pratiquer de nombreux actes gynécologiques : le frottis cervico vaginal, l'IVG médicamenteuse ou la première pose d'un diaphragme ou d'une cape en sont des exemples.

Par ailleurs, depuis la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011, toujours selon le Code de Santé Publique, elles sont de plus, « habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux » et à en assurer elles-mêmes le suivi et la surveillance.

Elles peuvent également assurer la pose, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs sous cutanés.

En revanche, la prise en charge de la ménopause et du suivi en cas de pathologie cancéreuse ne fait pas partie des compétences de la sage-femme.

3) Rôles des centres de santé et plannings familiaux

Les centres de santé et les plannings familiaux, nombreux à Paris, disposent également d'une offre de soins primaires gynécologiques. Ce sont d'ailleurs, de façon non exceptionnelle, des médecins généralistes qui y assurent des consultations de gynécologie. La pratique du tiers payant dans les centres de santé, l'accessibilité des consultations et la gratuité de la contraception pour les mineures en planning familial, en font des lieux d'accueil privilégiés d'une patientèle en situation de précarité.

Malheureusement, l'affluence croissante dans ces structures de soins, bien que nombreuses à Paris, fait que les délais d'obtention d'un rendez-vous en consultation gynécologique peuvent être longs.

CONCLUSION

Le déficit annoncé du nombre de gynécologues libéraux à Paris va entraîner une diminution de l'offre de soins primaire en matière de suivi gynécologique des femmes. De ce fait, les médecins généralistes seront plus souvent amenés à réaliser le suivi gynécologique de leurs patientes.

Les obstacles à l'activité de gynécologie en médecine générale sont de natures différentes. Ces obstacles tiennent d'une part aux médecins eux-mêmes : certains ont une formation insuffisante, d'autres manquent d'intérêt pour cette spécialité. Leurs conditions de travail sont également en cause : la gestion de plusieurs motifs de consultations de façon simultanée n'est pas chose exceptionnelle en médecine générale, et un motif de consultation gynécologique devrait donner lieu à une consultation dédiée à part entière, comme chez le gynécologue. Par ailleurs, nous avons vu que la pratique d'actes gynécologiques n'était pas forcément rentable pour le médecin généraliste en secteur 1, au vu de la rémunération à l'acte et du coût en termes de matériel. Les représentations que se font les médecins eux-mêmes de ces examens sont également en cause : certains médecins manquent de confiance dans leurs capacités pour effectuer ces actes gynécologiques.

Les obstacles à la pratique gynécologique tiennent d'autre part aux patientes, à leurs représentations du médecin généraliste, de l'examen gynécologique, et à de leurs réticences à associer leur médecin traitant, parfois le même depuis leur enfance, à ce qui relève de leur intimité dans le suivi gynécologique. Consulter un autre médecin généraliste pour leur suivi gynécologique, différent de leur médecin traitant, serait alors chose plus aisée.

Une formation initiale efficiente et adaptée, reconnue par les patientes et les autres professionnels de santé, une formation continue effective qui soit en adéquation avec les besoins réels des médecins en exercice, mais aussi une revalorisation des actes de gynécologie, permettraient d'améliorer la prise en charge des patientes en gynécologie par leur médecin généraliste. Cela faciliterait certainement le suivi gynécologique régulier et la prise en charge en premier recours des patientes, tout en déchargeant un peu les gynécologues dont les délais de consultations sont souvent longs. Les gynécologues seraient alors plus disponibles si une prise en charge plus spécialisée s'avérait nécessaire.

La féminisation de la médecine générale va probablement encourager les patientes à consulter plus facilement leur médecin traitant pour des problématiques gynécologiques. Mais

cette féminisation va également engendrer la nécessité d'organiser différemment l'activité de médecine générale : horaires moins contraignants, installation préférentielle en cabinet de groupe (favorisant également la possibilité pour les patientes de consulter un médecin différent pour leur suivi gynécologique), avec une activité mixte libérale et salariée.

Favoriser la création de structures telles que les pôles ou maisons de santé pluridisciplinaires, ou plus simplement les cabinets de groupe à Paris, permettant un regroupement des spécialités et donc le partage des connaissances, pourrait être un bon moyen de motivation à l'installation de la jeune génération de médecins généralistes souhaitant diversifier sa pratique.

BIBLIOGRAPHIE

1. La prise en charge des femmes françaises [En ligne, consulté en octobre 2014]. CNGOF;
Disponible: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
2. CRIPS. Données sur la contraception et l'IVG en France, Dossier de synthèse documentaire et bibliographique. 2012.
3. Bajos, Bohet, Le Guen, Moreau. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population & sociétés. sept 2012;
4. Ministère des affaires sociales et de la santé. Dossier Presse « La contraception qui vous convient existe ». 2013.
5. Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [En ligne, consulté en novembre 2014]. juillet 2001.
Disponible:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&dateTexte=&categorieLien=id>
6. Masson, Ripart, Mesthe, Oustric. IVG en médecine ambulatoire. Rev Prat Médecine Générale. nov 2013;27(909):723-4.
7. Collet. Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG: caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville. Doc Fr Rev Fr Aff Soc. 2011;2011/1(1):86-115.
8. INSEE. Naissances, naissances hors mariage en 2013 et taux de natalité en 2013 [En ligne, consulté en novembre 2014]. 2013.
Disponible: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=20&ref_id=poptc02201
9. Scheidegger, Vilain (DREES). Disparités sociales et surveillance de grossesse. Etudes Résultats DREES. janv 2007;(n°552).
10. Blondel, Kermarrec. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. mai 2011.
11. Flori, Le Goaziou. Suivez-vous les grossesses? Rev Prat Médecine Générale. 12 sept 2006;20(N°740/741):873-8.
12. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. HAS; 2007.
13. Yildiz. Suivi de grossesse par le médecin généraliste: expériences et vécus des femmes. Etude qualitative auprès de femmes ayant confié le suivi de leur grossesse à leur grossesse à leur médecin traitant. 2010.

14. Brillac, Freyens, Rougé Bugat, Bismuth, Escourrou, Abitteboul, Oustric. Quelle prise en charge après frottis cervico-utérin? Rev Prat Médecine Générale. avril 2010;24(840):331-6.
15. Aussedat, Lévy. Frottis cervical, Pourquoi et comment le réaliser au cabinet du médecin généraliste. Rev Prat Médecine Générale. 20 nov 2007;21(788/789):1088.
16. Institut National du Cancer. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA menée en Septembre 2010. 2010.
17. La participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans en France : Situation actuelle et perspectives d'évolution. HAS; 2011.
18. Autier. Dépistage du cancer du sein : les doutes sur son efficacité. Rev Prat. Décembre 2013;63:1369-77.
19. Séradour. Dépistage des cancers du sein en France : état des lieux en 2009. Rev Prat. février 2010;60:191-9.
20. Cancer du sein : modalités spécifiques de dépistage pour les femmes à haut risque. Actualités et Pratiques. juin 2014;(60).
21. Institut National du Cancer. Traitements hormonaux de la ménopause et risques de cancers. Etat Lieux Connaiss Fiches Repères. février 2015;
22. Ora. Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivations des femmes pour leurs prises en charge gynécologique de première intention. 2007.
23. Champeaux. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologue en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes. Enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres. 2013.
24. Masset. Influence de la précarité sur le dépistage du cancer du col de l'utérus et la contraception : implications sur la prise en charge en médecine générale : enquête auprès de 201 femmes consultant aux urgences gynécologiques de l'hôpital Jean-Verdier (Bondy). 2012.
25. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? Recommandations réalisées sous l'égide du Collège de la Médecine Générale. 2014.
26. Pascal, Abbey-Huguenin, Lombrail. Inégalités sociales de santé: quels impacts sur l'accès aux soins de prévention? Lien Soc Polit. (n°55,2006):115-24.
27. Lombrail, Pascal. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. Trib Santé. 2005;3(8):31-9.
28. Organisation de la prise en charge de la santé de la femme : Soins de premier recours, Contribution commune Anesf, ISNAR-IMG. 2011.

29. MG France. Médecin généraliste et suivi de la femme. Enquête Epilule [En ligne, consulté en novembre 2014]. 2008.
Disponible: <http://www.mgfrance.org/content/view/885/1507/>
30. Le Breton-Lerouillois. Ordre National des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France-Situation au 1er janvier 2013.
31. Ordre National des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France-Situation au 1er janvier 2007 [En ligne, consulté en novembre 2104].
Disponible: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas__national_2007.pdf
32. Le Breton-Lerouillois. Ordre National des Médecins. La démographie médicale en région Ile-de-France. Situation en 2013. 2013.
33. CGDM. Lettre du comité de défense de la gynécologie médicale. 2014.
34. Avrane. Ordre des Médecins de Paris. La démographie médicale à Paris, une approche territoriale de l'observé à l'attendu, juin 2013. 2013.
35. Site Internet de la Ville de Paris [En ligne, consulté en décembre 2014].
Disponible: www.paris.fr
36. Site Internet de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris [En ligne, consulté en décembre 2014]. Disponible: www.aphp.fr
37. Levasseur, Bagot, Honnorat. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. 2005;17(1):109-19.
38. Dias. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France. 2010.
39. Texier. Consultation dédiée à la ménopause : étude transversale descriptive auprès des médecins généraliste de Midi-Pyrénées. 2013.
40. Kiassi. L'implant contraceptif et les médecins généralistes en Seine Saint Denis: Etat des lieux. 2013.
41. Chapuis-Sicard. Evaluation des pratiques de prescription de la contraception par les médecins généralistes depuis les dernières recommandations HAS de 2004.
42. Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre. Titres et mentions autorisés sur les plaques et ordonnances. 2015.
43. Ruelle. Le médecin généraliste et la coordination du dépistage du cancer du col de l'utérus. Etude du contenu des dossiers médicaux de 32 médecins généralistes lorrains. 2009.
44. Duriez, Dubois, Brabant. La prescription de traitement hormonal de la ménopause dans le Nord-Pas-de-Calais: quels changements depuis 2002? mt médecine de la reproduction . vol. 8, n°1. janv 2006;

45. HAS. Commission de la transparence, Contraceptifs oraux de troisième génération, Réévaluation, Annexe. 2012.
46. Cretin-Ben Hayoun. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique. 2014.
47. MG France. Nomenclature de médecine générale [En ligne, consulté en avril 2015]. Disponible: <http://www.mgfrance.org/index.php/exercice/toute-la-nomenclature/la-ccam-du-mg>
48. CNAM. Médecins exerçant en secteur 2: une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système. 2011.
49. INPES. « Grossesse et accueil de l'enfant » Outil d'intervention en éducation pour la santé des femmes enceintes et destiné aux professionnels de santé.
50. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Plan « Périnatalité » 2005-2007.
51. Leblond, Hartemann, Autran. Les femmes médecins aujourd'hui: l'avenir de la médecine? Trib Santé. 2014;3(44).
52. Steinmetz. Touche pas à mon gynéco. 2000.
53. Cavillon. La profession de sage-femme: constat démographique et projections d'effectifs. Etudes Résultats DREES. mars 2012;n°791.

ANNEXES

A) QUESTIONNAIRE DES MEDECINS GENERALISTES

Enquête DEMOMED-75

QUESTIONNAIRE MEDECINS GENERALISTES

VOUS POUVEZ REMPLIR CE QUESTIONNAIRE DIRECTEMENT SUR LE SITE www.demomed75.fr

(le remplissage est plus rapide sur internet que sur papier)

VOTRE NUMERO D'IDENTIFIANT EST LE :

Nous vous remercions de prendre le temps de répondre à DEMOMED 75, enquête sur la démographie médicale parisienne. Le remplissage de ce questionnaire vous prendra 10 à 12 minutes. Il est préférable de vous munir de votre RIAP (Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions).

VOUS

Vous êtes : Une femme Un homme

Quel âge avez-vous ? __ ans

Exercez-vous actuellement une activité libérale médicale à Paris, en tant que médecin titulaire ou collaborateur ? Oui Non

Si vous avez répondu non, il n'est pas nécessaire de remplir la suite du questionnaire, merci de nous le retourner dans l'enveloppe préaffranchie jointe.

L'Université dans laquelle vous avez passé votre thèse est située : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

À Paris

En Île-de-France

En province

À l'étranger, précisez :

Si l'Université dans laquelle vous avez passé votre thèse est située en Ile de France, merci de

préciser de quelle Université il s'agit : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Paris Descartes – Paris 5
- Pierre et Marie Curie – Paris 6
- Paris Diderot – Paris 7
- Paris Sud – Paris 11
- Paris Val de Marne – Paris 12
- Paris Nord – Paris 13
- Paris Ile de France Ouest
- Faculté de médecine de Paris

L'année de votre première installation en tant que médecin libéral à Paris est : _ _ _ _ _

VOTRE CABINET - TYPE DE CABINET

Vous exercez :

- Seul En groupe (quelle que soit la profession de santé ou la spécialité médicale des autres membres du cabinet)

Si vous exercez en groupe, précisez le nombre de professionnels de santé du cabinet de groupe pour chacun des métiers suivants (vous inclus) :

Médecin généraliste	<input type="text"/>	Orthophoniste	<input type="text"/>
Médecin spécialiste	<input type="text"/>	Podologue	<input type="text"/>
Chirurgien-dentiste	<input type="text"/>	Sage-femme	<input type="text"/>
Infirmier(e)	<input type="text"/>	Diététicien(ne)	<input type="text"/>
Masseur-kinésithérapeute	<input type="text"/>	Autre	<input type="text"/>
Psychologue	<input type="text"/>		

Tous médecins généralistes confondus, les horaires d'ouverture du cabinet dans lequel vous exercez sont :

	Matin : heure d'ouverture	Matin : heure de fermeture	Après-midi : heure d'ouverture	Après-midi : heure de fermeture
Lundi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mardi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mercredi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jeudi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

Participez-vous à une structure pluriprofessionnelle type maison de santé ou pôle de santé (avec projet de santé ARS) ? Oui Non

Si oui, merci de préciser le nom de cette maison ou ce pôle de santé : _____

Êtes-vous membre d'un réseau de santé ? Oui Non

VOTRE CABINET – LOCAUX

Votre cabinet est situé : (Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

- Au rez-de-chaussée
 En étage avec ascenseur
 En étage sans ascenseur

Peut-on avoir accès à vos locaux en fauteuil roulant ? (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Oui, en totalité Oui, partiellement Non

Votre cabinet est-il installé à votre domicile ? Oui Non

Êtes-vous propriétaire en tout ou partie des locaux dans lesquels vous exercez ? Oui Non

Quelle est la surface totale de l'ensemble des locaux d'exercice de votre structure ? ___ m²

VOTRE CABINET – SECRETARIAT

Avez-vous un secrétariat ? Oui Non

Si oui, s'agit-il d'un secrétariat : (Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

- par un(e) secrétaire présent(e) au cabinet à tous les horaires d'accueil des patients
- par un(e) secrétaire présent(e) au cabinet au cours d'une partie des horaires d'accueil des patients
- par un conjoint collaborateur
- téléphonique
- par internet

VOTRE CABINET - TIERS-PAYANT

Vous pratiquez le tiers payant sur la part obligatoire pour : (Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

- Aucun patient
- Les patients bénéficiant de l'AME
- Les patients bénéficiant de la CMUc
- Certains patients en ALD
- Tous les patients en ALD
- Les patients en situation financière difficile
- Tous les patients

VOTRE CABINET – INFORMATISATION

Prenez-vous la carte vitale ? Oui Non

Les dossiers médicaux de vos patients sont-ils informatisés ? Oui Non

Si oui, de quel logiciel s'agit-il ? _____

VOTRE ACTIVITE - TYPE D'ACTIVITE

Vous exercez comme : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

Médecin titulaire Collaborateur libéral

Votre activité de médecine générale est : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

Libérale intégrale Mixte (libérale et salariée)

Si vous avez une activité mixte, votre activité médicale en dehors de la médecine générale libérale est : (Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

- Médecin hospitalier
 Médecin coordinateur de maison de retraite
 Médecin en centre de santé ou foyer
 Autre, préciser :

VOTRE ACTIVITE – VOLUME D'ACTIVITE

Veillez noter que pour la suite du questionnaire, seule votre activité libérale est à prendre en compte.

De combien de patients êtes vous le médecin traitant ?

Vous pouvez trouver cette information sur votre espace professionnel sur le site ameli.fr. Si vous n'y avez pas accès, vous pouvez donner votre estimation.

Données ameli.fr :	_____	OU estimation	_____
--------------------	-------	---------------	-------

Votre temps d'activité clinique, comprenant consultations et visites à domicile, est de :

(Si vous disposez d'un remplaçant régulier, incluez son temps d'activité dans la réponse)

__ heures en moyenne par semaine

Combien dure approximativement en moyenne une consultation à votre cabinet ? __ minutes

Combien de demi-journées par semaine sont assurées de façon régulière par un remplaçant en dehors de vos périodes de congés (hors SASPAS ou interne) ? __ demi-journées

Dans l'ensemble, concernant les consultations : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Vous parvenez à voir tous les patients qui vous sollicitent sans problème
- Vous recevez tout le monde mais vous devez pour cela travailler plus que vous ne le souhaitez
- Vous refusez régulièrement des patients

Dans l'ensemble, concernant les visites à domicile : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Vous parvenez à aller voir tous les patients qui vous sollicitent sans problème
- Vous allez voir tous les patients qui vous sollicitent mais vous devez pour cela travailler plus que vous ne le souhaitez
- Vous refusez régulièrement des patients
- Vous ne faites pas de visites à domicile

VOTRE ACTIVITE – ORGANISATION

Vous consultez : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Uniquement sur rendez-vous
- Uniquement sans rendez-vous
- Avec rendez-vous et sans rendez-vous

Si vous consultez avec et sans rendez-vous, précisez quel pourcentage de vos consultations se déroule sans rendez-vous : __ %

Votre secteur d'activité est : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Secteur 1
- Secteur 1 avec dépassement permanent (S1+DP)
- Secteur 2
- Non conventionné

Si vous exercez en secteur 2 ou S1+DP : en moyenne, sur 10 actes, combien sont au tarif secteur 1 (y compris actes indirects : CMU, AME, tiers payant) ? __ actes

VOTRE ACTIVITE – CONTENU

Avez-vous un mode d'exercice particulier ? Oui Non

Les modes d'exercice particuliers (MEP) sont par exemple : Acupuncture, Homéopathie, Angéiologie/Phlébologie, Allergologie, Médecine manuelle/Ostéopathie, Diététique, Echotomographie.

Si oui quel(s) pourcentage(s) ce (ces) mode(s) d'exercice particulier(s) représente (nt)-t-il(s) dans votre activité libérale ? (Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément)

	0 %	0 à 25 %	25 à 50 %	50 à 75 %	Plus de 75 %	100 %
Acupuncture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homéopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angéiologie / Phlébologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine manuelle / Ostéopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous réalisez : (Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

- Des frottis cervico vaginaux
- Des suivis de grossesse
- Des poses d'implant contraceptif sous-cutané
- Des poses de stérilet (DIU)
- Aucune des réponses ci-dessus

VOTRE ACTIVITE - MAITRISE DE STAGE

Accueillez-vous des étudiants en médecine en tant que maître de stage ? (Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

- Non
- Oui, des étudiants de 2ème cycle (externes en médecine)
- Oui, des internes en médecine en stage niveau 1
- Oui, des internes en médecine en stage niveau 2 (SASPAS)

VOTRE ACTIVITÉ – RIAP

Vous pouvez répondre aux questions suivantes avec les données de votre Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP). Si vous ne disposez pas de votre RIAP, répondez-y en estimant par vous-même les réponses.

Je dispose de mon RIAP : Oui Non

Veillez renseigner les données suivantes :

Nombre de consultations par an (Nb consultations, en volume)

Nombre de visites à domicile par an (Nb visites, en volume)

Pourcentage de patients bénéficiant de la CMU (% patients CMU)

Pourcentage de patients de moins de 16 ans (% moins de 16 ans)

Pourcentage de patients de 70 ans et plus (% 70 ans et plus)

Le pourcentage de vos patients bénéficiant de l'AME (Aide Médicale d'Etat) est : __ %

(Attention cette donnée ne figure pas sur votre RIAP, merci de faire une estimation de ce pourcentage)

PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS

Participez vous à la permanence des soins ambulatoires (Prenez vous des gardes ou astreintes) ?

(Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément)

	Non	Oui, moins de 10 gardes par an	Oui, 10 à 20 gardes par an	Oui, plus de 20 gardes par an
Gardes en maison médicale ou poste fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visites régulières (Garde Médicale de Paris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin régulateur centre 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le nombre de semaines de congés que vous prenez en moyenne par an est : __ semaines

Vous faites vous remplacer pendant vos congés ? (hors internes en médecine en cours de stage)

(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

Oui, totalement Oui, partiellement Non

Avez vous des difficultés à trouver des remplaçants pendant vos congés ? Oui Non

VOTRE ACTIVITÉ FUTURE

Quelle est l'évolution probable de votre activité libérale de médecine générale à Paris dans 2 ans et dans 5 ans (ne prenez pas en compte vos éventuels modes d'exercice particuliers) ?

(Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément)

	Cessation d'activité	totale à Paris	Cessation d'activité	Diminution d'activité de plus de 25% (à Paris)	Activité stable (à Paris)	Augmentation d'activité de plus de 25% (à Paris)
Dans 2 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans 5 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous prévoyez de diminuer votre activité de médecine générale libérale, le faites vous pour une activité médicale de soin salariée ? Oui Non

Envisagez-vous de confier votre patientèle à un successeur dans les années à venir ? (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

Non

Oui, actuellement

Oui, dans les 2 années à venir

Oui, dans les 5 années à venir

Si oui, avez-vous déjà trouvé ce successeur ?

Non Oui, mais c'est incertain Oui, de façon certaine

Si vous exercez seul, envisagez-vous de travailler en groupe dans les 2 ou 5 prochaines années ?

Dans 2 ans : Oui Non

Dans 5 ans : Oui Non

Si vous exercez en groupe, envisagez-vous de continuer à travailler en groupe dans les 5 prochaines années ? Oui Non

Si vous avez répondu oui à la question précédente, envisagez-vous dans les 5 prochaines années de :
(Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

Fusionner avec d'autres groupes

Intégrer des médecins généralistes dans le groupe

Intégrer d'autres professionnels de santé dans le groupe

Aucune des propositions ci-dessus

Envisagez vous de vous orienter vers un exercice dans le cadre d'un regroupement pluriprofessionnel type maison de santé ou pôle de santé ? (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

Oui

Non

Je n'ai pas assez d'informations sur ce type de structure

J'exerce déjà au sein d'une structure de ce type

Si vous le souhaitez, vous pouvez laisser votre adresse mail, afin d'être informé des résultats de l'étude : _____

Merci pour votre participation !

B) QUESTIONNAIRE DES GYNECOLOGUES

Enquête DEMOMED-75
QUESTIONNAIRE GYNÉCOLOGUES

VOUS POUVEZ REMPLIR CE QUESTIONNAIRE DIRECTEMENT SUR LE SITE www.demomed75.fr

(le remplissage est plus rapide sur internet que sur papier)

VOTRE NUMERO D'IDENTIFIANT EST LE :

Nous vous remercions de prendre le temps de répondre à DEMOMED 75, enquête sur la démographie médicale parisienne. Le remplissage de ce questionnaire vous prendra 10 à 12 minutes. Il est préférable de vous munir de votre RIAP (Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions).

VOUS

Vous êtes :

Une femme

Un homme

Quel âge avez-vous ?

ans

Exercez-vous actuellement une activité libérale médicale à Paris, en tant que médecin titulaire ou collaborateur ?

Oui Non

Si vous avez répondu non, il n'est pas nécessaire de remplir la suite du questionnaire, merci de nous le retourner dans l'enveloppe préaffranchie jointe.

L'Université dans laquelle vous avez passé votre thèse est située :

(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

À Paris

En Île-de-France

En province

À l'étranger, précisez :

--	--

Si l'Université dans laquelle vous avez passé votre thèse est située en Ile de France, merci de préciser de quelle Université il s'agit : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Paris Descartes – Paris 5
- Pierre et Marie Curie – Paris 6
- Paris Diderot – Paris 7
- Paris Sud – Paris 11
- Paris Val de Marne – Paris 12
- Paris Nord – Paris 13
- Paris Ile de France Ouest
- Faculté de médecine de Paris

L'année de votre première installation en tant que médecin libéral à Paris est :

VOTRE CABINET - TYPE DE CABINET

Vous exercez :

- Seul
- En groupe (quelle que soit la profession de santé ou la spécialité médicale des autres membres du cabinet)

Si vous exercez en groupe, précisez le nombre de professionnels de santé du cabinet de groupe pour chacun des métiers suivants (vous inclus) :

Médecin généraliste	<input type="text"/>
Médecin spécialiste	<input type="text"/>
Chirurgien-dentiste	<input type="text"/>
Infirmier(e)	<input type="text"/>
Masseur-kinésithérapeute	<input type="text"/>
Psychologue	<input type="text"/>
Orthophoniste	<input type="text"/>
Podologue	<input type="text"/>
Sage-femme	<input type="text"/>
Diététicien(ne)	<input type="text"/>
Autre	<input type="text"/>

Participez-vous à une structure pluriprofessionnelle type maison de santé ou pôle de santé (avec projet de santé ARS) ?

Oui Non

Si oui, merci de préciser le nom de cette maison ou ce pôle de santé :

Êtes-vous membre d'un réseau de santé ?

Oui Non

VOTRE CABINET – LOCAUX

Votre cabinet est situé :

(Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

- Au rez-de-chaussée
 En étage avec ascenseur
 En étage sans ascenseur

Peut-on avoir accès à vos locaux en fauteuil roulant ?

(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Oui, en totalité
 Oui, partiellement

Non

Votre cabinet est-il installé à votre domicile ? Oui Non

Êtes-vous propriétaire en tout ou partie des locaux dans lesquels vous exercez ? Oui Non

Quelle est la surface totale de l'ensemble des locaux d'exercice de votre structure ?

m²

VOTRE CABINET – SECRETARIAT

Avez-vous un secrétariat ? Oui Non

Si oui, s'agit-il d'un secrétariat :

(Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

- par un(e) secrétaire présent(e) au cabinet à tous les horaires d'accueil des patients
- par un(e) secrétaire présent(e) au cabinet au cours d'une partie des horaires d'accueil des patients
- par un conjoint collaborateur
- téléphonique
- par internet

VOTRE CABINET - TIERS-PAYANT

Vous pratiquez le tiers payant sur la part obligatoire pour :

(Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

- Aucun patient
- Les patients bénéficiant de l'AME
- Les patients bénéficiant de la CMUc
- Certains patients en ALD
- Tous les patients en ALD
- Les patients en situation financière difficile
- Tous les patients

VOTRE CABINET – INFORMATISATION

Prenez-vous la carte vitale ?

Oui Non

Les dossiers médicaux de vos patients sont-ils informatisés ?

Oui Non

Si oui, de quel logiciel s'agit-il ?

VOTRE ACTIVITE - TYPE D'ACTIVITE

Vous exercez comme :

(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Médecin titulaire
 Collaborateur libéral

Votre activité de gynécologie est :

(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Libérale intégrale
 Mixte (libérale et salariée)

VOTRE ACTIVITE – VOLUME D'ACTIVITE

Veuillez noter que pour la suite du questionnaire, seule votre activité libérale est à prendre en compte

Votre temps d'activité clinique, comprenant consultations et visites à domicile, est de :

(Si vous disposez d'un remplaçant régulier, incluez son temps d'activité dans la réponse)

heures en moyenne par semaine

Combien dure approximativement en moyenne une consultation à votre cabinet ?

minutes

Combien de demi-journées par semaine sont assurées de façon régulière par un remplaçant en dehors de vos périodes de congés ? (hors SASPAS ou interne)

demi-journées

Dans l'ensemble, concernant les consultations :

(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Vous parvenez à voir tous les patients qui vous sollicitent sans problème
- Vous recevez tout le monde mais vous devez pour cela travailler plus que vous ne le souhaitez
- Vous refusez régulièrement des patients

Dans l'ensemble, concernant les visites à domicile :

(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Vous parvenez à aller voir tous les patients qui vous sollicitent sans problème
- Vous allez voir tous les patients qui vous sollicitent mais vous devez pour cela travailler plus que vous ne le souhaitez
- Vous refusez régulièrement des patients
- Vous ne faites pas de visites à domicile

VOTRE ACTIVITE – ORGANISATION

Vous consultez :

(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Uniquement sur rendez-vous
- Uniquement sans rendez-vous
- Avec rendez-vous et sans rendez-vous

Si vous consultez avec et sans rendez-vous, précisez quel pourcentage de vos consultations se déroule sans rendez-vous :

%

Votre secteur d'activité est :

(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Secteur 1
- Secteur 1 avec dépassement permanent (S1+DP)
- Secteur 2
- Non conventionné

Si vous exercez en secteur 2 ou S1+DP : en moyenne, sur 10 actes, combien sont au tarif secteur 1 (y compris actes indirects : CMU, AME, tiers payant) ?

VOTRE ACTIVITE – CONTENU

Votre activité libérale comprend-elle des accouchements ?

- Oui Non

VOTRE ACTIVITÉ – RIAP

Vous pouvez répondre aux questions suivantes avec les données de votre Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP). Si vous ne disposez pas de votre RIAP, répondez-y en estimant par vous-même les réponses.

Je dispose de mon RIAP : Oui Non

Veuillez renseigner les données suivantes :

Nombre de consultations par an (Nb consultations, en volume)

Nombre de visites à domicile par an (Nb visites, en volume)

Pourcentage de patients bénéficiant de la CMU (% patients CMU)

Pourcentage de patients de moins de 16 ans (% moins de 16 ans)

Pourcentage de patients de 70 ans et plus (% 70 ans et plus)

Le pourcentage de vos patients bénéficiant de l'AME (Aide Médicale d'Etat) est :

%

Attention cette donnée ne figure pas sur votre RIAP. Merci de faire une estimation de ce pourcentage.

PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS

Le nombre de semaines de congés que vous prenez en moyenne par an est :

semaines

Vous faites vous remplacer pendant vos congés ? (hors internes en médecine en cours de stage)

(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Oui, totalement
 Oui, partiellement
 Non

Avez vous des difficultés à trouver des remplaçants pendant vos congés ?

Oui Non

VOTRE ACTIVITÉ FUTURE

Quelle est l'évolution probable de votre activité libérale de gynécologie à Paris dans 2 ans et dans 5 ans ?

(Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément)

	Cessation totale d'activité	Cessation d'activité à Paris	Diminution d'activité de plus de 25% (à Paris)	Activité de plus stable Paris)	Augmentation (à d'activité de plus 25% (à Paris)
Dans 2 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans 5 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous prévoyez de diminuer votre activité de médecine libérale, le faites vous pour une activité médicale de soin salariée ?

Oui Non

Envisagez-vous de confier votre patientèle à un successeur dans les années à venir ?

(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

Non

Oui, actuellement

Oui, dans les 2 années à venir

Oui, dans les 5 années à venir

Si oui, avez-vous déjà trouvé ce successeur ?

Non

Oui, mais c'est incertain

Oui, de façon certaine

Si vous exercez seul, envisagez-vous de travailler en groupe dans les 2 ou 5 prochaines années ?

Dans 2 ans : Oui Non

Dans 5 ans : Oui Non

Si vous exercez en groupe, envisagez-vous de continuer à travailler en groupe dans les 5 prochaines années ?

Oui Non

Si vous avez répondu oui à la question précédente, envisagez-vous dans les 5 prochaines années de :

(Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

Fusionner avec d'autres groupes

Intégrer des médecins généralistes dans le groupe

Intégrer d'autres professionnels de santé dans le groupe

Aucune des propositions ci-dessus

Envisagez vous de vous orienter vers un exercice dans le cadre d'un regroupement pluriprofessionnel type maison de santé ou pôle de santé ?

(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

Oui

Non

Je n'ai pas assez d'informations sur ce type de structure

J'exerce déjà au sein d'une structure de ce type

Si vous le souhaitez, vous pouvez laisser votre adresse mail, afin d'être informé des résultats de l'étude

Merci pour votre participation !

C) COURRIER A L'ATTENTION DES MEDECINS ACCOMPAGNANT LE
QUESTIONNAIRE



Département de médecine générale



Département de médecine générale



Paris, le 20 juin 2013

Chère consoeur, cher confrère,

Les trois départements universitaires de médecine générale parisiens s'associent pour lancer **DEMOMED 75**, une étude sur la démographie médicale parisienne, pour laquelle **nous avons besoin de votre participation**.

L'objectif de DEMOMED 75 est double :

- décrire l'offre de soins libérale de premier recours (généralistes, pédiatres, gynécologues) actuellement disponible sur Paris
- évaluer son évolution à 2 et 5 ans.

Des estimations suggèrent que **certaines territoires de la ville de Paris pourraient devenir des zones sous dotées en médecins généralistes, pédiatres, gynécologues**. Un état des lieux précis est donc nécessaire et nous ne pouvons l'obtenir qu'avec votre participation. Cette étude permettra de connaître l'évolution de l'offre libérale de soins primaires pour les prochaines années.

Les résultats permettront d'orienter les actions nécessaires pour préserver une offre de soin adaptée.

Nous vous serions particulièrement reconnaissants de bien vouloir répondre au questionnaire DEMOMED 75, ce qui vous prendra 10 à 12 minutes. Vous trouverez les explications détaillées au verso de ce cette page.

DEMOMED 75 est menée en partenariat avec la Mairie de Paris, l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris, et le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Paris.

Les données recueillies seront analysées de façon anonyme et donneront lieu à une publication scientifique. Vous serez tenu(e) informé(e) des résultats.

Bien confraternellement

Anne Simondon,

médecin coordinateur de l'étude,

pour le groupe de pilotage



Pour répondre à cette enquête

Vous avez deux possibilités :

- **Remplir le questionnaire sur internet sur le site www.demomed75.fr.** Merci de reporter sur le questionnaire en ligne votre numéro d'identifiant, que vous trouverez sur le questionnaire papier joint à ce courrier. Si vous ne disposez plus de ce numéro, contactez les responsables de l'étude pour le récupérer (contact ci-dessous). **Le remplissage du questionnaire est plus rapide sur internet que sur papier.**

OU

- Remplir le questionnaire papier joint à ce courrier, et nous le retourner grâce à l'enveloppe T jointe.

Contacts

Pour toute question, vous pouvez contacter :

Le(s) responsable(s) de l'étude dans votre arrondissement :

-
- Téléphone :

La coordinatrice de l'étude :

- Anne SIMONDON
- Mél : secretariat@demomed75.fr

Informations légales

Déclaration CNIL n°1663544v0

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'étude DEMOMED 75. Les destinataires des données sont les enseignants responsables de l'étude DEMOMED 75 des DMG des Universités Paris 5, Paris 6 et Paris 7. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à l'association ALIS 75, 3/5 rue de Metz 75010 Paris ou par mail à secretariat@demomed75.fr. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé

Etat des lieux de l'offre de soins de premier recours en gynécologie à Paris et projections à 2 ans et 5 ans, dans le cadre de l'enquête DEMOMED 75.

Introduction : La diminution attendue des effectifs de gynécologues va entraîner une augmentation de l'activité gynécologique des médecins généralistes dans les années à venir. Les objectifs de notre étude étaient l'évaluation de l'offre de soins libérale de premier recours actuelle en gynécologie et son évolution prévisible à Paris, en 2015 et 2018.

Matériel et méthodes : Une enquête transversale, descriptive, déclarative par auto-questionnaire, a été réalisée auprès des médecins généralistes et gynécologues libéraux à Paris entre juin et octobre 2013.

Résultats : 2273 médecins généralistes et 543 gynécologues ont été inclus avec des taux de réponses respectifs de 37% et 21%. 47% des médecins généralistes ont déclaré une activité de gynécologie : suivi de grossesse pour 78%, réalisation de frottis cervico vaginaux pour 50%, pose d'implant contraceptif pour 15%, pose de stérilets pour 13%. Ce sont en majorité des femmes (51,9%), exerçant en cabinet de groupe, en secteur 1, sans mode d'exercice particulier, avec une pratique plus répandue du tiers payant, et maîtres de stage pour un tiers d'entre eux. Une diminution de 27% de leur effectif et de 40% des effectifs de gynécologues est prévue d'ici 2018.

Conclusion : Une formation adaptée, reconnue par les patientes et les autres professionnels de santé et une revalorisation des actes de gynécologie, favoriseraient la prise en charge gynécologique de premier recours des patientes par leur médecin généraliste.

Mots clés : offre de soins primaires, libérale, gynécologie, Paris, DEMOMED 75

Intitulé et adresse de l'U.F.R.

Faculté de médecine Paris Descartes

15 rue de l'école de Médecine

75270 Paris Cedex 06